

Hinweis zum Datenschutz !

Die nachstehend erfragten Angaben werden zur Anmeldung Ihres Kindes zur Grundschule gemäß § 120 Schulgesetz NRW erhoben und verarbeitet.

Anmeldung zur Grundschule

Name	Vorname	Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
Geburtsort des Kindes	Staatsangehörigkeit des Kindes	Religion	
in Deutschland seit:	Geburtsland der Mutter:	Geburtsland des Vaters:	
Ersteinschulung am:		nur 1 Wunsch in Klasse mit:	
Besucher Kindergarten (Name, Anschrift, Telefon)		von - bis (nur Jahreszahlen)	
Weitere Förderungen : Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Anderes: _____			
Ist Ihr Kind in Therapeutischer Behandlung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche und bei wem? (Schweigepflichtsentbindung) (zusätzlich ausfüllen) _____			

Name, Vorname der Mutter / Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben)	e-mail-Adresse:	
Name, Vorname des Vaters / Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben):	e-mail-Adresse:	
Name, Vorname eines evtl. Pflegers (Verwandten):	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben):	Nimmt am Religionsunterricht teil: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Krankenkasse:	Hausarzt:	Masernimpfung (Nachweis Kopie) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wächst Ihr Kind zweisprachig auf? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche Sprachen: _____		

Deutschkenntnisse: gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/>	Spätaussiedler ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Flüchtlinge: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Geschwister in d.Schule: Name: Klasse:
---	---	---	--

Gesundheitliche Merkmale (Seh-, Hör-, Sprachprobleme, Allergien, Asthma u.s.w.)

Datum

Unterschrift Vater

Unterschrift Mutter