

## Anmeldung

zum Schuljahresbeginn am **16.08.2019**

Hiermit melde ich meine Tochter / meinen Sohn zum Besuch des **5. Jahrgangs** im

HS-  RS-  GY-Zweig der KGS Gieboldehausen an.

Es liegt ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf in folgendem/n Bereich/en vor:

Lernen  EsE  GE  KmE  Hören  Sehen

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

### Angaben zur Schülerin / zum Schüler

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ortsteil: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

zzt. Schülerin / Schüler der Schule: \_\_\_\_\_

Einschulungsjahr Grundschule: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Gewünschter Unterricht:    Evangelisch     Katholisch     Werte und Normen

Wenn das Kind am Religionsunterricht teilnimmt, besucht es die entsprechenden Schulgottesdienste.

### Angaben über die Eltern

**Mutter:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(Anschrift bei Abweichung von oben bitte eintragen.)

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

**Vater:** \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
(Anschrift bei Abweichung von oben bitte eintragen.)

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt sind:    beide     nur Mutter     nur Vater   
Bitte Bescheinigung beifügen!

andere : \_\_\_\_\_

Mein Kind möchte nach Möglichkeit mit folgenden Schülerinnen/Schülern in eine Klasse: \_\_\_\_\_

**Diesen Bereich bitte nicht ausfüllen**

m / w	Empfehlung	Legasthenie/Dyskalkulie	Geschwister- Anzahl	Geb.jahr	Muttersprache	Über- alterung	Lehrer/in (Zeichen)

Klasse: \_\_\_\_\_    Fahrschüler: ja  nein     Lernm.ausl.

**Bitte Rückseite beachten!**

## Weitere wichtige Informationen:

Wann wurde der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf für Ihr Kind festgestellt?

---

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit schon mal eine Klasse wiederholt und wenn ja, welche?

---

Leidet Ihre Tochter / Ihr Sohn an einer chronischen Erkrankung?

Nein  Ja

Wenn „Ja“: An welcher?

---

---

Besteht bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn eine Allergie?

Nein  Ja

Wenn „Ja“: Welche?

---

---

Muss Ihre Tochter / Ihr Sohn zzt. regelmäßig Medikamente einnehmen?

Nein  Ja

Wenn „Ja“: Welche bzw. wofür oder wogegen?

---

Muss das Medikament während der Unterrichtszeit eingenommen werden?

Nein  Ja

Wenn „Ja“: Benötigt Ihr Kind bei der Einnahme Unterstützung?

---

Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn im Besitz eines gültigen Schwimmabzeichens?

Nein  Ja

Wenn „Ja“: Welches?

---

---

**Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Kind Fotos und Filmaufnahmen auf der Homepage der Schule sowie in der Zeitung veröffentlicht werden dürfen.**

Diese Zusage kann ich jederzeit widerrufen.

Nein  Ja

---

Datum

---

Unterschrift der / eines Erziehungsberechtigten