



## Anmeldebogen Schuljahr 2025/2026 (5. Jahrgang)

|   |  |
|---|--|
| <b>Schüler*in</b>   |  |
| Familiename:  | Vorname:   |
| <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers   | Geburtsdatum:  |
| Geburtsort:   | Staatsangehörigkeit:   |
| Geburtsland:  |  |
| Straße: _____<br>PLZ: _____ Ort: _____  |  |
| Konfession: <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> andere   _____ |  |
| <b>Erziehungsberechtigte:</b>   |  |
| Bei Zuzug aus dem Ausland: Seit wann lebt die Familie in Deutschland?   | Verkehrssprache in der Familie?  |
| Name der Mutter:  | Name des Vaters:   |
| erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Geburtsland der Mutter:   | Geburtsland des Vaters:  |
| Telefon:  | Telefon:   |
| Adresse, wenn von Schüleradresse <b>abweichend</b> :  | Adresse, wenn von Schüleradresse <b>abweichend</b> :                           |
| E-Mail-Adresse:   | E-Mail-Adresse:  |
| andere Erziehungsberechtigte/Vormund - außer den Eltern - (Name, Anschrift, Telefon)  |  |
| <b>Grundschulbesuch:</b>  |  |
| Einschulungsjahr: <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2022   |  |
| Name und Anschrift der Grundschule:   |  |
| _____<br>_____  |  |
| Verweildauer in der Grundschule: <input type="checkbox"/> 4 Jahre <input type="checkbox"/> 5 Jahre  |  |
| Wiederholung der Klassenstufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4                                    |  |

**Sonstiges**

Besteht bei Ihrem Kind ein Förderbedarf (AO-SF)? Wenn ja welcher?

Besteht eine diagnostizierte Lernschwäche (z.B. LRS, Dyskalkulie)? Wenn ja bitte den Nachweis beifügen.

Liegt eine Erkrankung/Behinderung/ Schwerbehinderung vor?

Gibt es weitere Besonderheiten (z.B. Beeinträchtigungen, Medikamente, Therapien)?

**Notfallnummern:**

| Ansprechpartner: | Telefonnummer: |
|------------------|----------------|
|                  |                |
|                  |                |
|                  |                |
|                  |                |
|                  |                |

Die Informationen zum Datenschutz, Infektionsschutzgesetz und Masernschutzgesetz habe/haben ich/wir erhalten.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten