

| | |
|--|--|
| Verlässliche Grundschule Altengroden Offene Ganztagschule Ubbostraße 5 26386 Wilhelmshaven Tel. 04421-81640 Fax-Nr.: 04421-879077 | Anmeldung zur Einschulung Schuljahr _____ / _____ |
| | <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> Zurückstellung <input type="checkbox"/> VORZEITIG |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| Name | | Vorname | | weiblich <input type="checkbox"/> | männlich <input type="checkbox"/> |
| Geb.-Datum | | Staatsangehörigkeit: _____ | | | |
| Geburtsort | | Erstsprache: _____ | | | |
| Straße | | PLZ | Wohnort | | |
| Telefon _____ | | Krankenkasse | evangelisch <input type="checkbox"/> | | ohne <input type="checkbox"/> |
| E-Mail: _____ | | | katholisch <input type="checkbox"/> | | yesidisch <input type="checkbox"/> |
| Seit wann in Deutschland | | Teilnahme am Religionsunterricht? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> | | islamisch <input type="checkbox"/> | |
| | | orthodox <input type="checkbox"/> | | sonstige <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte: Name, Anschrift: | | <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin | | Mutter <input type="checkbox"/> | Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> |
| | | | | Staatsangehörigkeit: | Gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter: Name, Anschrift: | | <input type="checkbox"/> Lebenspartner | | Vater <input type="checkbox"/> | Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> |
| | | | | Staatsangehörigkeit: | Gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> |
| Wer ist im Notfall zu erreichen? | Name: | | | Telefon: | |
| | 1. _____ | | | 1. _____ | |
| | 2. _____ | | | 2. _____ | |
| Beabsichtigen Sie in nächster Zeit umzuziehen? | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | Wohin? _____ | | |
| | zum: _____ | | | | |
| Vor der Einschulung durchgeführte Maßnahmen (Ergotherapie, Logopädie, Psychomotorik ...): | | | | | |
| Bekannte Erkrankungen/Allergien/Benötigt das Kind regelm. Medikamente oder Hilfsmittel? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über die Masernimpfung in Kopie abgeben. | | | | | |
| Besucht Ihr Kind einen Kindergarten? <input type="checkbox"/> Ja, Name d. Kindergartens _____ <input type="checkbox"/> halbtags (Uhrzeit) _____ <input type="checkbox"/> Anzahl der Jahre _____ <input type="checkbox"/> ganztags | | | Besucht Ihr Kind einen Sprachheilkindergarten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Besucht Ihr Kind vor oder nach der Schule einen Kinderhort? <input type="checkbox"/> Ja: _____ <input type="checkbox"/> Nein | | | Besucht Ihr Kind einen Schulkindergarten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Besucht Ihr Kind eine sonderpädagogische Vorschuleinrichtung (I-Gruppe, Heilpäd. Kiga)? <input type="checkbox"/> Ja: _____ <input type="checkbox"/> Nein | | | Besonderheiten/Wünsche/Freunde aus dem Kindergarten: | | |
| Kann ihr Kind schwimmen? | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Besitzt Ihr Kind das Schwimmabzeichen Seepferdchen? | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Beschulung bis 13.00 Uhr | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |
| Wird der Ganztagsbereich bis 15.30 Uhr benötigt? | | | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

Datum: _____ Unterschrift: _____