

Anmeldung an der Gottfriedschule

Besonderheiten: (AO-SF, Geschwisterkind)	*Von der Schule auszufüllen		
Bisherige Schule:	*Von der Schule auszufüllen		
Name des Schülers/Schülerin:			
	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Kind vollendet 6. Lebensjahr bis 30.09.	<input type="checkbox"/> Kind vollendet 6. Lebensjahr nach dem 30.09.	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geburtsland:	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/>		Zuzugsjahr:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere		
Anschrift:			
Masernschutz vorhanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Telefon-Nr.:	Festnetz: Mutter mobil: Vater mobil: Oma/Opa: Eltern dienstlich: Sonstige Notfallnummern:		
E-Mail-Adresse:			
Wieviertes Kind?			
Religionszugehörigkeit:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> ohne Bek. <input type="checkbox"/> andere:		
Kindergarten:	<input type="checkbox"/> Kita St. Gottfried <input type="checkbox"/> Kita DRK Steinstr. <input type="checkbox"/> Kita Johannes <input type="checkbox"/> Kita St. Marien <input type="checkbox"/> Städt. Kita Steinstr <input type="checkbox"/> Kita St. Norbert <input type="checkbox"/> Kita Aloys-Siegeroth <input type="checkbox"/> Kita Florian <input type="checkbox"/>		
Wie lange?	_____ Jahre		
Krankenkasse:			
Gesundheitsamt:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Voruntersuchung		
körperliche Besonderheiten?			
An welchen Therapien hat ihr Kind teilgenommen	<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/>		

Händigkeit:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Brillenträger:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eltern:	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Eltern getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> Mutter/Vater alleinerziehend	
Sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Liegt Sorgerechtsbescheinigung vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	
	Name/Vorname der Mutter: _____	Name/Vorname des Vaters: _____
	gl. Anschrift oder: _____	gl. Anschrift oder: _____
Geburtsland der Eltern:	<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> Deutschland
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit d. Eltern		
Verkehrssprache in der Fam.		
Herkunftsunterricht erwünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache:
Empfänger von Leistungen:	Hartz IV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asylbewerber <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedarf an dem Offenen Ganztage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eltern beide berufstätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mutter/Vater alleinerziehend und berufstätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mit wem soll Ihr Kind in eine Klasse? Bitte geben Sie maximal 2 Kinder an.	1. Wunsch: _____ 2. Wunsch: _____	

Datum:

Sorgeberechtigte (Mutter)

Sorgeberechtigter (Vater)