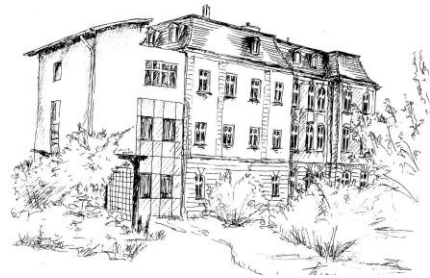


Aufnahmeantrag

Anmeldung zum Besuch der:

Katholischen Grundschule
„Pfarrer Florian Birnbach“
Frankfurter Str. 3a
15898 Neuzelle



zum Schuljahr _____ / _____

1. Daten des Kindes:

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum und -ort	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift	

2. Daten der Eltern (Sorgeberechtigten):

2.1 Mutter:

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift (sofern diese von der des Kindes abweicht)	
Telefon privat:	
dienstlich:	
Beruf	

2.2 Vater:

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift (sofern diese von der des Kindes abweicht)	
Telefon privat:	
dienstlich:	
Beruf	

3. Sorgerecht:

- gemeinsam
- Mutter
- Vater
- abweichend

4. Erklärung:

1. Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der Verwendung der erfassten Daten für schulische Zwecke einverstanden.
2. Diese Anmeldung ist unverbindlich. Eine Rechtsverbindlichkeit entsteht erst durch Abschluss eines Vertrages.

Ort / Datum

Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten)

Fragebogen zum Aufnahmeantrag

Vor- und Nachname Ihres Kindes: _____

Konfession: _____

Angaben zu bisherigen Bildungseinrichtungen:

Name und Ort der bisher besuchten Kindertagesstätte oder sonstigen Institution	
--	--

Zuständige staatliche Grundschule (nach Wohnortprinzip):

Name und Ort der Schule	
-------------------------	--

Ergebnis der Sprachstandsfeststellung gemäß § 37 Abs. 2 Brandenburgisches Schulgesetz:

Mein/unsere Kind hat am Verfahren zur Sprachstandsfeststellung im Jahr vor der Einschulung teilgenommen (bitte Kopie beifügen).
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Bei meinem/unsere Kind wurde ein Sprachförderbedarf festgestellt.
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Soll Ihr Kind vorzeitig eingeschult werden?

JA NEIN

Wurde bei Ihrem Kind eine Hochbegabung festgestellt oder besteht ein Verdacht hierzu?

JA

NEIN

Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung oder chronische Krankheit festgestellt oder besteht ein Verdacht hierzu?

JA

NEIN

Wenn ja, welche?

Benötigt Ihr Kind folgende Therapien?

Logopädie

Physiotherapie

Ergotherapie

Sonstiges

Sind besondere Maßnahmen und/oder Hilfsmittel für Ihr Kind zur Teilnahme am Unterricht notwendig?

JA

NEIN

Wenn ja, welche?

Interessen Ihres Kindes:

Hinweise/Wünsche:

Ort / Datum

Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten)