



# St. Michael Grundschule Reichswalde

## Anmeldeformular (Zugang)

Schuljahr **20** /

Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

Stamm-Nr.: \_\_\_\_\_  
von der Schule auszufüllen

Nachname:	
Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> o. Eintrag im Geburtenregister
Geburtsdatum:	
Geburtsort (evtl. Land):	
Konfession:	
Staatsangehörigkeit:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Mailadresse:	

Einschulung am:

Ortsteil:

### Angaben zum Migrationshintergrund:

Zuzugsjahr:	
Verkehrssprache in der Familie:	

	Erziehungsberechtigter (Mutter)	Erziehungsberechtigter (Vater)
Nachname:		
Vorname:		
Anschrift (falls abweichend):		
Mobil:		
Sorgerecht ( <u>nur</u> wenn getrennt lebend): (bei alleinigem Sorgerecht bitte Nachweis beifügen)		
Staatsangehörigkeit:		

### Angaben zum Migrationshintergrund:

Geburtsland:		
Zuzugsjahr:		
Sprachen:		

### Geschwister (freiwillige Angabe):

Name	Geburtsdatum	ggf. Schule	Klasse

Blatt bitte wenden →

**Besuchte Schulen:**

☐ Unser Kind wurde zurückgestellt (von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_).

☐ Unser Kind wurde vorzeitig eingeschult.

Schuljahr	Schule, Klassenlehrer/in
1. Schuljahr 20____ / ____	

Wir wurden informiert, dass Schulleiter/innen und Lehrer/innen unserer St. Michael Grundschule und der abgebenden Grundschule Informationen über die Entwicklung, Fähigkeiten und Fertigkeiten unseres Kindes austauschen.

**Weitere Angaben** (bitte ggf. ankreuzen und ergänzen):

Unser Kind ist ☐ Rechtshänder. ☐ Linkshänder. ☐ Die Händigkeit ist noch nicht ausgeprägt.

Liegen bei Ihrem Kind besondere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor oder gab es in der Entwicklung Ihres Kindes Besonderheiten (z.B. bei der Geburt, körperliche Beeinträchtigungen, besondere Krankheiten, Allergien, Sprach-, Hör- oder Sehstörungen)? Wenn ja, welche?

---

---

Welche für die Schule wichtigen Maßnahmen wurden dazu eingeleitet?

---

---

Ist Ihr Kind in therapeutischer Behandlung? Wo? Seit wann?

Falls wir Sie in einem Notfall einmal nicht erreichen können, wer ist dann unser Ansprechpartner:

Name	Telefonnummer
------	---------------

Name	Telefonnummer
------	---------------

Wir wünschen uns eine nach den Grundsätzen des katholischen Bekenntnisses ausgerichtete Erziehung und einen entsprechend geprägten Unterricht für unser Kind. Wir wissen, dass an dieser Schule kein Anspruch auf Religionsunterricht im eigenen Bekenntnis gemäß §31 SchulG geltend gemacht werden kann. Unser Kind wird am Katholischen Religionsunterricht teilnehmen.

☐ Wir haben Interesse am HSU und die entsprechenden Unterlagen erhalten.

Wir sind damit einverstanden, dass Gruppenaufnahmen mit unserem Kind in der Presse und auf der Homepage unserer Schule veröffentlicht werden.

Ort, Datum

Unterschrift - beider - Erziehungsberechtigten