

Anmeldeformular verbindliche Ganztageschule Gemeinschaftsschule



Name und Adresse des Kindes:	
Geburtstag / Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit: 1	
Staatsangehörigkeit: 2	
Religion:	
Falls Ihr Kind ohne Bekenntnis ist: Soll Ihr Kind am Religionsunterricht teilnehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse:	
Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprache welche:
Besitzt Ihr Kind die Bonuscard?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nummer:
Dürfen Fotos von ihrem Kind veröffentlicht werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Darf Ihr Kind im Falle von „Hitzefrei“ nach Hause gehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn AG's angeboten werden, AG Wunsch?	
Besondere Stärken Ihres Kindes:	
Besondere Schwächen Ihres Kindes:	
Hobbies:	
Ist Ihr Kind in einem Sportverein? Welche Sportart übt Ihr Kind aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in welchem:
Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument und hat Unterricht an einer Musikschule?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welches: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche:
Soll Ihr Kind am Musikzug teilnehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind bereits Geschwister an der Schule?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in welcher Klasse?

Anmeldeformular verbindliche Ganztageschule Gemeinschaftsschule



Mein Kind hat einen sonderpädagogischen Anspruch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchem Bereich:	
Bestätigt	Unterschrift:
Gibt es unterstützende Maßnahmen / Personen außerhalb der Familie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja Ansprechpartner Telefonnummer
Leidet Ihr Kind an einer Krankheit, von der die Schule wissen sollte?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche
Leidet Ihr Kind an einer Allergie/ Lebensmittelunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche
Ihr Kind nimmt im Rahmen der verbindlichen Ganztageschule am Mittagessen von Montag – Donnerstag teil.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ihr Kind bringt täglich das eigene Vesper mit.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Adresse 1. Erziehungsberechtigter	
Name und Adresse 2. Erziehungsberechtigter	
Telefon der Eltern	Privat: Mobil: Betrieb: Notfallnummer:
E-Mail der Eltern	
Berufe der Eltern: (freiwillige Angabe)	Vater: Mutter:

**Interesse an muttersprachlichem Unterricht türkisch?
Cocugunuz'un türkce dil dersine katilmasina ilginiz var mi?**

ja / evet

nein / hayir

Datum:

Unterschrift: