

Hinweis zum Datenschutz !

Die nachstehend erfragten Angaben werden zur Anmeldung Ihres Kindes zur Grundschule gemäß § 120 Schulgesetz NRW erhoben und verarbeitet.

Anmeldung zur Grundschule

Name	Vorname	Geburtsdatum	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	
Geburtsort des Kindes	Staatsangehörigkeit des Kindes	Religion	
in Deutschland seit:	Geburtsland der Mutter:	Geburtsland des Vaters:	
Ersteinschulung am:		nur 1 Wunsch in Klasse mit:	
Besuchter Kindergarten (Name, Anschrift, Telefon)		von - bis (nur Jahreszahlen)	
Weitere Förderungen : Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Anderes: _____			
Ist Ihr Kind in Therapeutischer Behandlung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche und bei wem?			
(Schweigepflichtsentbindung) _____			

Name, Vorname der Mutter / Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben)	e-mail-Adresse:	
Name, Vorname des Vaters / Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben):	e-mail-Adresse:	
Name, Vorname eines evtl. Pflegers (Verwandten):	telefonisch zu erreichen unter:	
Anschrift (nur eintragen, wenn abweichend von oben):		
Krankenkasse:	Hausarzt:	Termin Gesundheitsamt am:
Wächst Ihr Kind zweisprachig auf? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche Sprache: _____		

Deutschkenntnisse:	Spätaussiedler	Geschwister in der Schule
gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Hat Ihr Kind an der Sprachstandserhebung (Delfin 4) teilgenommen?	Wurde Ihr Kind zur Sprachförderung verpflichtet?
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Gesundheitliche Merkmale (Seh-, Hör-, Sprachprobleme, Allergien, Asthma u.s.w.)

Datum

Unterschrift Vater

Unterschrift Mutter