

Anmeldung in der Grundschule „Werner Nolopp“

Burgstraße 1, 06385 Aken (Elbe)

E-Mail: kontakt@gs-nolopp.bildung-isa.de

Aufnahme Schuljahr: _____

in Klasse: _____

- [] Regeleinschulung
[] Einschulung nach Zurückstellung
[] Aufnahme mit sonderpädagogischem Förderbedarf

- [] vorzeitige Einschulung
[] Zurückstellung wird beantragt
[] Aufnahme nach Schulwechsel

Angaben zum Schüler/ zur Schülerin:

Name, (alle) Vornamen: <i>Rufname unterstreichen</i>	
Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum/ Geburtsort:	
Anschrift (PLZ, Ort):	
Staatsangehörigkeit:	
Religionsbekenntnis:	
Anzahl Geschwister:	
Migrationshintergrund:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: in Deutschland seit: _____ Herkunftsland: _____

Angaben zu den Personensorgeberechtigten:

Mutter	Vater
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Sorgeberechtigt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sorgeberechtigt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anschrift:	Anschrift:
priv. Telefonnummer:	priv. Telefonnummer:
dienst. Telefonnummer:	dienst. Telefonnummer:
sonstige Telefonnummern (Oma, Opa):	
E-Mail:	

Alleinsorgeberechtigte legen bitte eine „Negativbescheinigung“ aus der Sorgeregisterauskunft, erhältlich beim Jugendamt, geschiedene Eltern einen gerichtlichen Beschluss der Entscheidung vor.

Gemeinsam Sorgeberechtigte, die getrennt leben bzw. geschieden sind, fügen dann bitte eine für das Kind getroffene „Sorgevereinbarung“ hinzu, aus der klar und deutlich die Reichweite der Vollmacht hervorgeht.

Die Schülerin/ der Schüler lebt bei: Mutter Vater

bitte wenden

Kita/ Grundschule:

von - bis	Kita/ Grundschule (Name, Anschrift)

Einwilligung zur Einholung von Auskünften (Schweigepflichtentbindung)

Zur Erleichterung des Schulbetriebes, kann es erforderlich sein, Auskünfte beim Gesundheitsamt, in der Kindertagesstätte, vorschulischen Einrichtungen oder Grundschulen einzuholen. Dazu benötigen wir Ihr Einverständnis und bitten daher um Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich von Ihnen widerrufen werden.

Der/ Die Personensorgeberechtigte/n ist/ sind damit einverstanden nicht einverstanden

Besonderheiten des Kindes:

Frühförderung Logopädie Ergotherapie Linkshänder Brillenträger

Sonstiges: _____

Notfall:

Mir Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns die Erlaubnis zur notwendigen medizinischen Erstversorgung!

Krankenkasse: _____ Bei wem versichert? Mutter Vater

Allergien, Erkrankungen: _____

Medikamente: _____

Fotoerlaubnis:

Einwilligung zur Fotoerlaubnis und Verarbeitung:

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ist es möglich, dass Bilder im Rahmen von schulischen Veranstaltungen in Aushängen, Schülerzeitung, Schulhomepage, Schulchronik, etc. (Presse wird bei Bedarf gesondert abgefragt) abgebildet werden. Da solche Bildnisse ohne Einverständnis der oder des Betroffenen nicht verbreitet werden dürfen, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich von Ihnen widerrufen werden.

Der/ Die Personensorgeberechtigte/n ist/ sind damit einverstanden nicht einverstanden

Vorgelegte Nachweise: (von der Schule auszufüllen)

Impfausweis Masernschutzimpfung: 1. _____ 2. _____

Geburtsurkunde

Kopie über den Sorgerechtsnachweis

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer o. g. Daten umgehend mit!

_____ X _____ X _____		
Datum	Unterschrift Personenberechtig/e 1	Personenberechtig/e 2