

## Bewerberpersonalblatt - 2021/2022

### Angaben zum Schüler/zur Schülerin:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ortsteil \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Religion:

<input type="checkbox"/> katholisch	<input type="checkbox"/> ohne
<input type="checkbox"/> evangelisch	<input type="checkbox"/> sonstige:
<input type="checkbox"/> muslimisch	

Teilnahme am Religionsunterricht in  katholisch  evangelisch  
 Ethik (evtl. nachmittags)

Grundschuleintritt \_\_\_\_\_

bisherige Grundschulen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Grundschullehrer/in \_\_\_\_\_

Wiederholte Klasse \_\_\_\_\_

Schulkindergarten  ja  nein

Empfehlung der Grundschule zum Besuch einer/eines  Gemeinschaftsschule  
 Gymnasiums

Freundeswunsch (max. zwei Wünsche) \_\_\_\_\_

Einverständnis zur Veröffentlichung von Fotos für Schulzwecke  ja  nein

Teilnahme Schulbuchausleihe  ja  nein

Interesse an der freiwilligen Ganztagschule  ja  nein

Geschwisterkind bereits an unserer Schule:  ja  nein

Impfschutz gegen Masern:

- 1x geimpft lt. Ausweis  2x geimpft lt. Ausweis  ärztl. Bescheinigung Immunität  
 ärztl. Bescheinigung Kontraindikation gegen Impfung  
 Bestätigung einer anderen Institution über bereits erfolgten Nachweis

Besonderheiten (z.B. Allergie, Erkrankung): \_\_\_\_\_

**Angaben der Sorgeberechtigten:**

**Mutter**  **gemeinsames Sorgerecht**  **alleiniges Sorgerecht**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon beruflich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Vater**  **gemeinsames Sorgerecht**  **alleiniges Sorgerecht**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Telefon beruflich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sonstige Telefonnummern für den Notfall \_\_\_\_\_

**Wichtige Angaben zur Gewährleistung der individuellen Förderung**

- Mein Kind  hat eine diagnostizierte Lese- und Rechtschreibstörung durch Schulpsychologen /Amtsarzt
- hat eine diagnostizierte Lese- und Rechtschreibschwäche durch Schulpsychologen/Amtsarzt

Förderbedarf:

	festgestellt durch Ministerium (Gutachten)	Inklusion
lernen		
körperl.-motor.		
sehen		
hören		
sozial-emotion.		

- hat ADHS / ADS diagnostiziert
- hat AVWS diagnostiziert
- sonstige \_\_\_\_\_

Hinweis (z.B. Schulbegleiter, Nachteilsausgleich) \_\_\_\_\_

Fremdsprachenwunsch  Französisch  Englisch

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r