

Bewerberpersonalblatt - 2023/2024

Angaben zum Schüler/zur Schülerin:

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Ortsteil _____ Telefon _____

Geschlecht m w Staatsangehörigkeit _____

Geboren am _____ in _____ Muttersprache: _____

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 zu Förderbedarf:

- Mein Kind hat eine diagnostizierte Lese- und Rechtschreib**störung** durch Schulpsychologen /Amtsarzt (**LRS**)
- hat eine diagnostizierte Lese- und Rechtschreib**schwäche** durch Schulpsychologen/Amtsarzt (**LRS**)
- Förderbedarf:
- lernen
 - hören
 - sehen
 - körperlich
 - sozial - emotional
- hat ADHS / ADS diagnostiziert
- hat AVWS diagnostiziert
- sonstige _____
- Schulbegleitung

Fremdsprachenwunsch Französisch Englisch

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r