

Grundschule Hördt



Kirchstr. 7, 76771 Hördt, Tel. 07272-71001, FAX 07272-959472,

Email: info@grundschule-hoerdtd.de, Homepage: <https://www.grundschule-hoerdtd.de>

Anmeldung in die Klasse: 1 / 2 / 3 / 4	Ab Schuljahr: 20 /20
--	--------------------------------

Schüler/Schülerin

Name:	Vorname (Rufname bitte unterstreichen):
Geschlecht: m/w	Religionszugehörigkeit:
Geburtsdatum:	Teilnahme Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> kath. RU (bitte zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> evang. RU
Geburtsort:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Zuzugsjahr nach Deutschland:
Überwiegend benutzte Fremdsprache, sofern nicht deutsch:	
Straße:	
PLZ / Wohnort:	
Nachgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Familienbuch <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/>	Vorgelegt am: <input type="checkbox"/> Einsicht genommen von:

Erziehungsberechtigung/Sorgerecht

(Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Eltern
<input type="checkbox"/>	Mutter
<input type="checkbox"/>	Vater
<input type="checkbox"/>	Vormund

Hierzu bitte auch beigefügte Sorgerechtsklärung ausfüllen (Anlage 1).

Mutter

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Vater

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Personen oder Institutionen, die ohne das Sorgerecht zu besitzen, tatsächlich die Erziehung übernommen hat und/oder das Kind tatsächlich untergebracht ist (Bsp. Pflegeeltern)

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Bemerkungen (z. B. Beeinträchtigungen und Krankheiten, bestehende Allergien)

Name und Anschrift der Krankenkasse des Kindes:	
Name und Anschrift des Hausarztes des Kindes:	
Müssen Medikamente verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte das Formular zur Medikamentenabgabe in der Schule ausfüllen. Dies erhalten Sie im Sekretariat und auf der Homepage der Grundschule.	

Masernschutz - die v.g. Person hat den Anforderungen gemäß § 20 IfSG: (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	ihre Masernimmunität nachgewiesen.
<input type="checkbox"/>	eine dauerhafte medizinische Kontraindikation nachgewiesen.
<input type="checkbox"/>	keinen Nachweis erbracht.
Nachgewiesen durch:	<input type="checkbox"/> Impfpass <input type="checkbox"/> Ärztl. Bescheinigung <input type="checkbox"/>
Vorgelegt am:	Einsicht genommen von:

Anzahl Geschwister:	
Geschwister an unserer Schule:	
Name:	Klasse:

Bei Schulwechsel:

Bisher besuchte Schule:	Bisherige Klasse:
Adresse der bisherigen Schule (PLZ, Ort, Straße):	
Telefonnummer der bisherigen Schule	Bisherige/r Klassenlehrer/in:
Einschulungsjahr:	Wechsel an unsere Schule zum:

Hördt, den _____, _____
Unterschrift aller Erziehungs- und Sorgeberechtigten

Anlage zur Anmeldung:

Wünsche / Anmerkungen:

Für den Fall, dass es mehrere Klassen geben sollte können Sie hier Freunde als Wunsch eintragen.

Trotz dieser Abfrage besteht kein Anspruch und keine Garantie, dass dies so wird. Es gibt vieles zu beachten (z. B. Ausgeglichenheit beim Geschlecht und der Religionszugehörigkeit in den Klassen usw). Bisher haben wir dies der Gerechtigkeit wegen immer ausgelost. Dennoch möchten wir Ihnen die Möglichkeit eines Wunsches einräumen, falls die Möglichkeit bestehen sollte.

Sollten spezielle Gründe für den Besuch der gemeinsamen Klasse bestehen, so können Sie dies auch ergänzen (z.B. gemeinsamer Schulweg, Betreuung, etc.)

Name und Vorname des Freundes / der Freundin:

Kindergartengruppe:

Besondere Gründe:

Name und Vorname des Freundes / der Freundin:

Kindergartengruppe:

Besondere Gründe:

Hörtdt, den _____, _____
Unterschrift aller Erziehungs- und Sorgeberechtigten

