

# Antrag

auf  
Aufnahme in die

**Montessori Schule Pfaffenhofen,**  
staatlich anerkannte private Grundschule  
der Montessori Betreibergesellschaft Pfaffenhofen mbH

Aufnahme im Schuljahr

in eine

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Halbtagsklasse**  
Unterricht Montag – Freitag, 08.00 – 12.30 Uhr
- Ganztagsklasse**  
Unterricht Montag – Donnerstag, 08.00 – 15.30 Uhr, Freitag 08.00 – 12.30 Uhr  
 mit Mittagessen (Mo – Do)  ohne Mittagessen
- zur Einschulung in die erste Klasse
- Es handelt sich um eine
- Regeleinschulung (Kind ist bis 30.9. des Einschulungsjahres sechs Jahre alt)
- Einschulung aus dem Einschulungskorridor des Vorjahres
- Einschulung nach Zurückstellung aus dem Vorjahr
- vorzeitige Einschulung (Kind wird zwischen 1.10. und 31.12. des Einschulungsjahres sechs Jahre alt)
- vor-vorzeitige Einschulung (Kind wird erst nach dem 31.12. des Einschulungsjahres sechs Jahre alt) – schulpsychologisches Gutachten erforderlich!
- als Quereinsteiger/in im Schuljahr in die  1. /  2. /  3. Klasse

Unser Kind besucht im SJ die . Klasse der

---

Name der Schule

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur außerordentlichen Anmeldung mit aus. Danke!

1. Schüler/Schülerin:

Familienname	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Rufname, weitere Vornamen	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Geburtsdatum / -ort	am	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	in	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Straße / Hausnummer	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
PLZ, Ort	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon (Festnetz und mobil)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Staatsangehörigkeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Zuzug in die Bundesrepublik:	Nichtdeutsches Geburtsland	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Zuzug in die Bundesrepublik am:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Familiensprache:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Status	<input type="checkbox"/> Flüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber anerkannt <input type="checkbox"/> Asylbewerber geduldet <input type="checkbox"/> Ausländer (nicht Asylbewerber) <input type="checkbox"/> sonstiger Zuzug	
Bekenntnis	<input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> islamisch * <input type="checkbox"/> Sonstiges Bekenntnis * <input type="checkbox"/> ohne Religionszugehörigkeit*	<input type="checkbox"/> evangelisch	
*)Teilnahme am Religionsunterricht (RU)	Mein/Unser Kind soll am - <input type="checkbox"/> kath. RU / <input type="checkbox"/> evang. RU. - <input type="checkbox"/> Ethikunterricht teilnehmen.		
Krankenversicherung	mitversichert mit <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

## 2. Erziehungsberechtigte:

Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.) <input type="text"/>	Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend <input type="text"/>
Name, Vorname <input type="text"/>	E-Mail: <input type="text"/>  Mobil-Telefonnummer: <input type="text"/>
Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.) <input type="text"/>	Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend <input type="text"/>
Name, Vorname <input type="text"/>	<input type="text"/>  <input type="text"/>

### 3. Geschwister:

Zahl der Geschwister:

Geburtsjahre:



Wer soll bei evtl. Erkrankung oder Unfall während des Unterrichts verständigt werden?

<input type="checkbox"/> Mutter, tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.	
<input type="checkbox"/> Vater, tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.	
<input type="checkbox"/> Sonstige Vertrauenspersonen:	
Name, Vorname	Anschrift
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

### 4. Besondere Familienverhältnisse:

<input type="checkbox"/> Elternteil verstorben seit	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt seit	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eltern geschieden seit	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Sorgerecht liegt bei	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beiden Elternteilen
	- Bitte Kopie des Urteils/Sorgerechtsbeschlusses beifügen. -
<input type="checkbox"/> Pflegekind seit	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kind wurde adoptiert	mit Jahren <input type="checkbox"/> Es weiß von der Adoption. <input type="checkbox"/> Es weiß <b>nichts</b> von der Adoption!
<input type="checkbox"/> Besondere Belastungen:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

5. Entwicklung und Persönlichkeit Ihres Kindes

Mein Kind	„trifft voll zu“	„naja“	„noch wenig“
nimmt leicht Kontakt zu anderen Kindern auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt leicht Kontakt zu Erwachsenen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält Regeln gut ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich gut über einen längeren Zeitraum konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bleibt gut bei der Sache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lässt sich von Misserfolgen nicht leicht entmutigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat gute feinmotorische Fähigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewegt sich sicher und gewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist <input type="checkbox"/> rechts- / <input type="checkbox"/> linkshändig.			

Der folgende Fragenkatalog dient der Information der Lehrkraft, damit sie auf eventuelle Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten angemessen eingehen kann. Die Angaben werden im Falle der Aufnahme Ihres Kindes zum Schülerakt gegeben und von der Schule vertraulich behandelt. Sämtliche Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Überstandene Kinderkrankheiten:

- |                                     |                                     |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern     | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Diphtherie |                                      |
| <input type="checkbox"/> Scharlach  | <input type="checkbox"/> Mumps      |                                      |

Es besteht Neigung zu:

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angina     | <input type="checkbox"/> Ohrenleiden   | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrank. |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Hautausschlag | <input type="checkbox"/> Bettnässen          |
| <input type="checkbox"/> Asthma     | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen  | <input type="checkbox"/> Allergien:          |

Mein Kind

hat eine Allergie.

leidet an:

Besteht eine Dauermedikation:  nein  ja, mit:

Eine besondere Berücksichtigung im Unterricht kann notwendig werden durch:

- Hörschwierigkeiten, welche
- Fehlsichtigkeit, welche
- Sprachfehler, welcher

Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung?  nein  ja

Ist Ihr Kind in Therapie?  nein:  ja, wegen

Diagnose:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
Therapieform:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
in Therapie seit:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>

Dürfen wir mit dem Kinderarzt /Therapeuten Kontakt aufnehmen?  nein  ja

Mein Kind ist in Behandlung / Therapie bei:

Name	Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Motive für die Aufnahme an der Montessori-Schule, Pfaffenhofen:

- Mein Kind war in einem Montessori-Kindergarten.
- Wir haben uns mit der Montessori-Pädagogik befasst und unterstützen das Konzept.
- Wir wohnen in der Nähe der Schule.
- Wir haben / hatten bereits ein / mehrere Kinder an der Schule.
- Verwandte / Freunde haben / hatten Kinder an der Schule.

7. Wie wurden Sie auf die Montessori-Schule aufmerksam:

- Besuch der Homepage
- Presseveröffentlichung
- Empfehlung von anderen Einrichtungen, z. B. Kindergarten / Therapeut
- Verwandte / Freunde
- Sonstiges:

8. Wie kommt Ihr Kind zur Schule?

- Es wird von uns selbst gebracht und abgeholt.
- Wir möchten unser Kind zur kostenpflichtigen Schülerbeförderung anmelden und bitten um ein Anmeldeformular.

9. Mittags- und Hausaufgabenbetreuung

- Wir möchten unser Kind zur kostenpflichtigen Mittags- und Hausaufgabenbetreuung anmelden und bitten um ein Anmeldeformular.

10. zuständige Sprengelschule

Name und Anschrift der für Ihr Kind zuständigen Regelschule:

11. Auskunftserteilung durch den Kindergarten

Mein Kind besucht seit Jahren / Monaten folgenden Kindergarten:

**Mit der Anmeldung unseres/meines Kindes entbinden wir/entbinde ich die Schule und die Einrichtungen, in die unser/mein Kind vorher ging, automatisch von ihrer Schweigepflicht, um einen konstruktiven Austausch zum Wohl unseres/meines Kindes zu ermöglichen. Die ausgefüllte Schweigepflichtsentbindung mit den genauen Angaben wie Name, Adresse und Telefonnummer hängen wir/hänge ich dem Anhang an.**

ja

nein

Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten



## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

---

(Erziehungsberechtigte/r)

folgende Personen / Institutionen (z. B. Kindergarten, Therapeuten)


von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Montessori Schule Pfaffenhofen, staatlich anerkannte private Grundschule der Montessori Betreibergesellschaft Pfaffenhofen mbH, Pettenkofenstr. 3, 85276 Pfaffenhofen a. d. Ilm.

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Personen Gespräche offen führen können, die für das Wohlergehen meiner Tochter/meines Sohnes

(Name des Kindes)

von Belang sind.

Datum:

---

(Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten)