Antrag

auf Aufnahme in die

Montessori Schule Pfaffenhofen

staatlich anerkannte private Grundschule

der Montessori Betreibergesellschaft Pfaffenhofen mbH

für

     , geb. am

Name des Kindes

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 Einschu- lungsjahres sechs Jahre alt)
[ ]  vor-vorzeitige Einschulung (Kind wird erst nach dem 31.12. des Einschulungs jahres 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 in diesem Fall den Fragebogen zur außerordentlichen Anmeldung mit aus!

Datenschutzhinweise: Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der erforderlichen personenbezogenen Daten sind gemäß Art. 85 BayEUG zur Erfüllung der schulischen Aufgaben zulässig. Ihre Angaben verwenden wir ausschließlich für schulische Zwecke. Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.

1. Schüler/Schülerin:

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |       |
| Rufname & weitere Vornamen |       |
| Geburtsdatum / -ort |       in       |
| Straße / Hausnummer |       |
| PLZ, Ort |       |
| Telefon (Festnetz und mobil) |       |
| Staatsangehörigkeit |       |
| Zuzug in die Bundesrepublik: | Nichtdeutsches Geburtsland |       |
| Zuzug in die Bundesrepublik am: |       |
| Familiensprache: |       |
| Status | [ ]  Flüchtling[ ]  Asylbewerber[ ]  Aussiedler[ ]  Kriegsflüchtling[ ]  Asylbewerber anerkannt[ ]  Asylbewerber geduldet[ ]  Ausländer (nicht Asylbewerber)[ ]  sonstiger Zuzug |
| Bekenntnis | [ ]  römisch-katholisch [ ]  evangelisch[ ]  islamisch \*[ ]  Sonstiges Bekenntnis      **\*****[ ]** ohne Religionszugehörigkeit**\*** |
| **\*)**Teilnahme am Religions-unterricht (RU) | Mein/Unser Kind soll am - [ ]  kath. RU / [ ]  evang. RU.- [ ]  Ethikunterrichtteilnehmen. |
| Krankenversicherung |       |
| mitversichert mit [ ]  Vater [ ]  Mutter |

2. Erziehungsberechtigte:

|  |  |
| --- | --- |
| Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.)      | Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend     E-Mail:      Mobil-Telefonnummer:       |
| Name, Vorname      |
| Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.)      | Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend     E-Mail:      Mobil-Telefonnummer:       |
| Name, Vorname      |

3. Geschwister:

|  |  |
| --- | --- |
| Zahl der Geschwister:      | Geburtsjahre:      |

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

|  |
| --- |
| [ ]  Mutter, tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.       |
| [ ]  Vater, tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr.       |
| [ ]  Sonstige Vertrauenspersonen: |
| Name, Vorname | Anschrift | Telefon |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

5. Besondere Familienverhältnisse:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Elternteil verstorben seit |       [ ]  Vater [ ]  Mutter |
| [ ]  Eltern leben getrennt seit |       |
| [ ]  Eltern geschieden seit |       |
| [ ]  Alleinerziehend  | [ ]  Mutter [ ]  Vater |
| [ ]  Sorgerecht liegt bei | [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  beiden Elternteilen- Bitte Kopie des Urteils/Sorgerechtsbeschlusses beifügen. - |
| [ ]  Pflegekind seit |       |
| [ ]  Kind wurde adoptiert | mit       Jahren[ ]  Es weiß von der Adoption.[ ]  Es weiß **nichts** von der Adoption! |
| [ ]  Besondere Belastungen: |       |

6. Entwicklung und Persönlichkeit Ihres Kindes

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Masern[ ]  Windpocken[ ]  Scharlach | [ ]  Röteln[ ]  Diphterie[ ]  Mumps | [ ]  Keuchhusten |

Es besteht Neigung zu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Angina[ ]  Bronchitis[ ]  Asthma | [ ]  Ohrenleiden[ ]  Hautausschlag[ ]  Heuschnupfen | [ ]  Magen-/Darmerkrank.[ ]  Bettnässen[ ]  Allergien: |

Mein Kind

|  |
| --- |
| [ ]  hat eine Allergie. |
| [ ]  leidet an:       |
| Besteht eine Dauermedikation: [ ]  nein [ ]  ja, mit:       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Wichtige Anmerkungen:  |       |

 |
| 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: |       |
| Therapieform: |       |
| in Therapie seit: |       |

Dürfen wir mit dem Kinderarzt /Therapeuten Kontakt aufnehmen? [ ]  nein [ ]  jaMein Kind ist in Behandlung / Therapie bei:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Anschrift | Telefon |
|       |       |       |
|       |       |       |

 |

7. 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.

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

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

9. 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 Anmeldungsformular.

10. Mittags- und Hausaufgabenbetreuung

[ ]  Wir möchten unser Kind zur kostenpflichtigen Mittags- und Hausaufgabenbetreuung anmel­den und bitten um ein Anmeldungsformular.

11. zuständige Sprengelschule

Name und Anschrift der für Ihr Kind zuständigen Regelschule:

12. 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,
Pettenkoferstr. 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)