

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 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 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 <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"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch * <input type="checkbox"/> Sonstiges Bekenntnis * <input type="checkbox"/> ohne Religionszugehörigkeit*
*)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

2. Erziehungsberechtigte:

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

3. Geschwister:

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

4. 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	Telefon

5. Besondere Familienverhältnisse:

<input type="checkbox"/> Elternteil verstorben seit	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt seit		
<input type="checkbox"/> Eltern geschieden seit		
<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 type="checkbox"/> Kind wurde adoptiert	mit _____ Jahren <input type="checkbox"/> Es weiß von der Adoption. <input type="checkbox"/> Es weiß nichts von der Adoption!	
<input type="checkbox"/> Besondere Belastungen:		

6. 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

<input type="checkbox"/>	hat eine Allergie.	
<input type="checkbox"/>	leidet an:	
Besteht eine Dauermedikation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit:		
Wichtige Anmerkungen:		
Eine besondere Berücksichtigung im Unterricht kann notwendig werden durch:		
<input type="checkbox"/> Hörschwierigkeiten, welche <input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit, welche <input type="checkbox"/> Sprachfehler, welcher		
Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Ist Ihr Kind in Therapie? <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> ja, wegen		
Diagnose:		
Therapieform:		
in Therapie seit:		
Dürfen wir mit dem Kinderarzt /Therapeuten Kontakt aufnehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Mein Kind ist in Behandlung / Therapie bei:		
Name	Anschrift	Telefon

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)