Antrag zur Aufnahme im SJ

in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  Halbtagsklasse** Montag – Freitag, 08.00 – 12.30 h | **[ ]  Ganztagsklasse** Montag – Donnerstag,08.00 – 15.30 h (Abh. b. 16.00 h)Freitag08.00 – 12.30 h | (nur für Ganztagsklasse)[ ]  mit Mittagessen (Mo – Do) - Mischkost[ ]  mit Mittagessen (Mo – Do) - vegetarisch[ ]  ohne Mittagessen |

1. Schüler/Schülerin:

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |       |
| Rufname & weitere Vornamen |       |
| Geburtsdatum / -ort |       in       |
| Straße / Hausnummer |       |
| PLZ, Ort |       |
| Telefon  |       |
| Staatsangehörigkeit |       |
| Bekenntnis | [ ]  röm.-kath. [ ]  evang.-luth. [ ]  islam. **[ ]** bekenntnislos[ ]  Sonstiges Bekenntnis      **\*** |
| Geschwister |       Anzahl Geburtsjahre:       /       /       |
| Krankenversicherung (freiwillige Ang.) |      mitversichert mit [ ]  Vater [ ]  Mutter |
| Sprengelschule: |       |
| Kindergartenbesuch:**[ ]  nein [ ]  ja**      Monate / Jahre (ohne Krippe) |      Name des Kindergartens |
| Migrationshintergrund (= Staatsangehö-rigkeit, Geburtsland und/oder Muttersprache nicht deutsch)**[ ]  ja [ ]  nein**Zuzug in die Bundesrepublik:am:       | Status (freiwillige Angabe):[ ]  Flüchtling[ ]  Asylbewerber[ ]  Asylbewerber anerkannt[ ]  Asylbewerber geduldet | [ ]  Aussiedler[ ]  Kriegsflüchtling[ ]  Ausländer (nicht Asylbewerber)[ ]  sonstiger Zuzug |
| Nicht deutsches Geburtsland |       | Muttersprache | **[ ]** deutsch **[ ]** nicht deutsch |

2. Erziehungsberechtigte:

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

3. Besondere Familienverhältnisse:

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

5. 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Wichtige Anmerkungen (ggf. Beiblatt): |       |

 |
| 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 |
|       |       |       |
|       |       |       |

 |
|  |  |  |
|       |  |  |
| Datum |  | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten |