



Grunddaten (gem. §4 VO-DV I Abschnitt A Anlage 1)

Name u. Vorname des Kindes	Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: m / w	Konfession:
PLZ/Ort:	Straße:	
Geburtsort / Land:	1.Staatsangehörigkeit:	
Zuzugsjahr:	2.Staatsangehörigkeit:	
Muttersprache:	gesprochene Sprache i.d.Familie:	
Name der Mutter <input type="checkbox"/> Sorgerecht	Name:	Vorname:
PLZ/Ort:	Straße:	
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Telefon:	E-Mail:	
Name des Vaters <input type="checkbox"/> Sorgerecht	Name:	Vorname:
PLZ/Ort:	Straße:	
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:	
Telefon:	E-Mail::	
Notfallinformation:	Name:	
	Telefon:	
Geburtsurkunde/Ausweis Kind	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Ausweis der Erziehungsb.	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Impfnachweis Masern	<input type="checkbox"/> geimpft	<input type="checkbox"/> nicht geimpft <input type="checkbox"/> Impfbuch lag nicht vor
Teiln. am Bekenntnisunterricht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> evgl. <input type="checkbox"/> kath.	<input type="checkbox"/> nein

Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schule / Klasse	Name der Einrichtung: seit:
Betreuung gewünscht: <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> OGS bis 16.00 Uhr <input type="checkbox"/> Betreuung von 07.00 bis 08.00 Uhr <input type="checkbox"/> Verlässliche Schule bis 14.00 Uhr Kriterien zur Vergabe von Betreuungsplätzen; Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> Alleinerziehend mit Berufstätigkeit, Ausbildung oder Studium; <input type="checkbox"/> Beide Elternteile berufstätig, in Ausbildung oder Studium; <input type="checkbox"/> Ein Geschwisterkind hat bereits einen Betreuungsplatz; <input type="checkbox"/> Neu aufzunehmendes Kind der 1. oder 2. Klasse; <input type="checkbox"/> Neu aufzunehmendes Kind der 3. oder 4. Klasse
Anmeldeformulare werden Ihnen ggf. zugestellt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz!		
Bei einem chronisch kranken Kind , das nicht in der Schulleitung/das Sekretariat an.	Lage ist, sich selbst zu medikamentieren sprechen Sie bitte die chronisch krank <input type="checkbox"/> nicht chronisch krank <input type="checkbox"/>	
Besondere Wünsche: zusammen in eine Klasse mit:		

Einverständnis zum Gespräch über mein Kind mit dem zuständigen Kindergarten:

Bitte Ankreuzen ja nein

Unterschrift _____

Datum _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten _____