

**Anmeldung eines Schülers/einer Schülerin****Schülerin / Schüler**

Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Geburtsort/Geburtsland	
Staatsangehörigkeit	1. Staatsangehörigkeit _____ 2. Staatsangehörigkeit _____ in Deutschland seit _____
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl/ Wohnort	
Konfession	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> sonstige
Teilnahme	<input type="checkbox"/> Religionsunterricht (ev./kath.) oder <input type="checkbox"/> Werte und Normen
Besucher Kindergarten	Name der Kindertagesstätte:
Krankenkasse	
Schwimmbefähigung	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer <input type="checkbox"/> Seepferdchen <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silber
Therapeutische Maßnahmen (Angaben freiwillig)	Mein Kind erhält/erhielt: <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Weitere: _____

Bitte ankreuzen!

## Erziehungsberechtigte

Mutter Name, Vorname		
Anschrift	<input type="checkbox"/> wie oben oder:	
Vater Name, Vorname		
Anschrift	<input type="checkbox"/> wie oben oder:	
Name Sonstige (Behörden, Personen etc.)		
Anschrift		
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig	
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Mutter * <input type="checkbox"/> Vater* <input type="checkbox"/> andere* <small>*Bitte füllen Sie zusätzlich das Formblatt „Sorgerechtserklärung“ aus.</small>	
Kommunikation	Mutter privat Telefonnummer: _____	Vater privat Telefonnummer: _____
	Mutter Arbeitsstelle Telefon: _____	Vater Arbeitsstelle Telefon: _____
	E-Mail-Adresse: _____	
	Weitere Personen, die im Notfall zu verständigen sind: <small>(mit Angabe des Verwandtschaftsgrades / Nachbarn etc.)</small>  Name/n _____ _____	
Besondere Erkrankungen/ Allergien Medikamente	_____ _____	

## Sonstige Hinweise

--

/	/	/
Ort, Datum	Unterschrift der Erziehungsberechtigten	