



Anmeldung für Schulanfänger

Schuljahr 2023/2024

Bei Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zum Kind:

Name*: Geschlecht*: w m sonstiges

Vornamen*(alle, Rufname unterstreichen):

Geb.-datum*: Geb.-ort*: Geb.-land*:.....

1.Staatsang.*: 2.Staatsang.*: Familiensprache*:.....

Anschrift*:

Krankenkasse /bei welchem Elternteil versichert:

Zuvor besuchte Kita:

Mein Kind ist z.Z. Integrationskind bzw. hat sonderpädagogischen Förderbedarf.

Erläuterung

Erhält Ihr Kind derzeit eine Therapie (Ergo-/Logo-)?

Hat Ihr Kind einen Anspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe (berlinpass)? ja nein

Erziehungsberechtigte*: Eltern Mutter Vater

ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

• Bei Alleinerziehenden (nur Mutter / Vater sorgeberechtigt) den **Negativbescheid** mitbringen!

Sorgeberechtigte*r

Sorgeberechtigte*r

Name:

.....

Adresse (falls abweichend von o.g.):

Adresse (falls abweichend von o.g.):

.....

.....

Tel. dienstl.:

.....

Handy:

.....

E-Mail:

.....

Notfalltelefonnummer*.....von wem.....

➔ Unter dieser Nummer ist ein Erziehungsberechtigter während der Aufenthaltszeit in der Schule erreichbar!

Tel.-Nr. von Personen, die bei Unfall / Krankheit verständigt werden sollen, wenn die Eltern nicht erreichbar sind:

.....

Unterricht:

Teilnahme am Lebenskundeunterricht oder Religionsunterricht (freiwillig):

ev. Religionsunterricht kath. Religionsunterricht Lebenskundeunterricht keine Teilnahme

1. Fremdsprache* (ab Klasse 3): Englisch Französisch (evtl. Schulwechsel erforderlich)

Beabsichtigen Sie den Wechsel in eine Privat- oder anerkannte Ersatzschule? ja nein

Wenn ja, welche:

Ergänzende Förderung und Betreuung:

eFöB beantragt für: 06.00 – 07.30 Uhr 13.30 – 16.00 Uhr

06.00 – 16.00 Uhr 13.30 – 18.00 Uhr

06.00 – 18.00 Uhr

Es kann nur eines dieser Module gewählt werden und bedarf einer **gesonderten** Antragstellung!

Ich/Wir benötigen eine Betreuung ab dem 01.08.2023 des Einschulungsjahres: ja nein

Sonstiges:

Besondere Bemerkungen (z.B. Brillenträger, Allergien u.ä.):

.....

Geschwister: Name Vorname geb. am Klasse

.....

Sollen besondere Bindungen zu einem Kind bei der Klasseneinteilung berücksichtigt werden?

Wenn ja zu.....
(Vorname Name)

.....
Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wird von Schule ausgefüllt!

Immunität gegen Masern wurde nachgewiesen mit Impfausweis

Ärztliches Gutachten

.....
Datum / Name in Druckschrift / Unterschrift des schulischen Beauftragten

Hinweis: Mit * gekennzeichnete Angaben sind Pflichtangaben.
Alle Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, Für freiwillige Angaben können Sie Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten jederzeit widerrufen. Diese Daten werden dann nach Eingang des schriftlichen Widerrufs nicht mehr genutzt und aus dem Bestand gelöscht.