



## Anmeldung Quereinsteiger Für Klasse \_\_ Schuljahr 20 \_\_ / 20 \_\_

Bitte fügen Sie der Anmeldung noch eine Kopie der **Geburtsurkunde** und den **Fragebogen** bei.

Das Kind

männlich

weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wunsch-Bushaltestelle: \_\_\_\_\_

Zuständige öffentliche Schule: \_\_\_\_\_  
(bei einer Wohnentfernung von über 2 km)

Bitte Name und Ort eintragen

**Verwaltungsvermerke:**

(Bitte nicht ausfüllen.)

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

GS  HS  GES  GY

Infogespräch am: \_\_\_\_\_

Zusage am: \_\_\_\_\_

Warteliste: \_\_\_\_\_

Absage am: \_\_\_\_\_

Abmeldung städt. Schule:

Schulvertrag

Vereinbarung

Bus: \_\_\_\_\_

Haltestelle: \_\_\_\_\_

Masernschutz vollständig:  Ja

Nein

Geprüft am: \_\_\_\_\_

Nachmittagsbetreuung:  Ja

Nein

**Die Erziehungsberechtigten**  beide Elternteile  nur Vater  nur Mutter  Pflegeeltern  Vormund

Falls das Sorgerecht nicht bei beiden Elternteilen gemeinsam liegt, ist eine amtliche Bestätigung mit dem Namen des Sorgeberechtigten vorzulegen.

### Vater

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Zuzugsjahr in die BRD: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis \_\_\_\_\_

### Mutter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Zuzugsjahr in die BRD: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Kirchengemeinde \_\_\_\_\_

Wir sind  Mitglieder der Kirche  Besucher der Kirche

Das Kind ist versichert über (Name des Versicherten): \_\_\_\_\_

bei der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Welcher Haus-/Kinderarzt betreut das Kind? (Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes). \_\_\_\_\_

Außer diesem Kind besuchen noch weitere Kinder unsere August-Hermann-Francke Schulen (GS, HS, GE, GY, BK)

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Bitte wenden ↵

<b>Geschwisterfolge:</b> Es ist das _____ von _____ Kindern.		Verkehrssprache der Familie:		
<b>Familiäre Situation</b>	Sind Sie	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
	Ist Ihr Kind	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	
	Ist Ihr Kind nachmittags überwiegend	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> in der Kita
<b>Kindergarten</b>	Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab _____			
	Name / Anschrift des Kindergartens:			
<b>Gesundheit</b>	Ist Ihr Kind in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Ist Ihr Kind	<input type="checkbox"/> Brillenträger?		
	Hat Ihr Kind Probleme mit	<input type="checkbox"/> dem Hören <input type="checkbox"/> dem Sprechen <input type="checkbox"/> Motorik?		
	Ist Ihr Kind	Welche? <input type="checkbox"/> rechtshändig <input type="checkbox"/> linkshändig <input type="checkbox"/> nicht eindeutig		
	Hat Ihr Kind eine Allergie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / wenn ja, welche?		
	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wenn ja, welche?		
<b>Förderung</b>	Vermuten Sie bei Ihrem Kind einen sonderpädagogischen Förderbedarf?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht		
	Erhält Ihr Kind besondere Förderung? (z.B. Logopädie, Frühförderung, Ergotherapie)			
	Sind bei Ihrem Kind bereits spezielle Untersuchungen erfolgt? Welche?			
	Haben Sie ärztliche Gutachten für Ihr Kind erstellen lassen? Welche?			

<b>Wünsche zur Klasse:</b>
<b>Betreuung:</b> Ich benötige für mein Kind eine Nachmittagsbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein.

Aus welchem Grund möchten Sie Ihr Kind an unserer Schule anmelden? (bitte unbedingt ausfüllen!)

---



---

Die nachfolgenden Angaben werden gem. § 120 Abs. 1-2 des Nordrhein-Westfälischen Schulgesetzes (SchulG) erhoben. Die Speicherung der Daten erfolgt elektronisch und in Akten. Die weitere Datenverarbeitung richtet sich nach den weiteren Vorschriften des § 120 SchulG.

**Erklärung des/der Erziehungsberechtigten:**

Ich bin/wir sind über das Erziehungskonzept der August-Hermann-Francke Grundschule unterrichtet und erkenne(n) es hiermit an. An der finanziellen Unterstützung der Schule werde/n ich/wir mich/uns durch angemessene Elternbeiträge an den Schulförderverein beteiligen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift beider Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_



## Elternfragebogen

Anlage zur Anmeldung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialer Bereich	Hat ihr Kind Spielgefährten, die nicht zur Familie gehören?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ältere <input type="checkbox"/> jüngere <input type="checkbox"/> gleichaltrige <input type="checkbox"/> nein
	Bleibt es dort auch schon mal für einen Nachmittag?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Knüpft es von sich aus Kontakte zu anderen Kindern? (Spielplatz, Urlaub, etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Geht ihr Kind regelmäßig in eine Gruppe?	<input type="checkbox"/> Sportverein <input type="checkbox"/> Musikgruppe <input type="checkbox"/> Kinderstunde <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Selbstständigkeit	Kann ihr Kind sich	<input type="checkbox"/> alleine waschen <input type="checkbox"/> alleine anziehen <input type="checkbox"/> alleine ausziehen
	Übernimmt ihr Kind Aufgaben im häuslichen Bereich? Welche?	<input type="checkbox"/> regelmäßig: _____ <input type="checkbox"/> gelegentlich: _____
	Kann ihr Kind Fahrrad fahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Stützrädern <input type="checkbox"/> Laufrad
Emotionaler Bereich	Womit spielt ihr Kind am liebsten?	
	Kann es seine Spiele zu einem Abschluss führen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal
	Wie verhält sich ihr Kind, wenn es bei einem Spiel verliert?	
	Wie verhält sich ihr Kind, wenn etwas misslingt?	
	Was kann ihr Kind gut?	
	Was meint ihr Kind gut zu können?	
	Worauf ist es stolz?	
	Hat ihr Kind ein gesundes Selbstvertrauen?	