



# Anmeldung für die 1. Klasse, Schuljahr 2023/24

Bitte **Kopie der Geburtsurkunde** beifügen.

Anmeldeschluss: 31.05.2022

Schüler/in:  männlich  weiblich

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

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

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

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

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

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

Mobil (Vater): \_\_\_\_\_

Mobil (Mutter): \_\_\_\_\_

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

Bushaltestelle: \_\_\_\_\_

zuständige öffentliche Schule: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte:  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.

## Mutter

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

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

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Zuzugsjahr in die Bundesrepublik Deutschland: \_\_\_\_\_

## Vater

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

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

Geburtsland: \_\_\_\_\_ Zuzugsjahr in die Bundesrepublik Deutschland: \_\_\_\_\_

Name und Adresse Ihrer

Kirchengemeine (falls eine  
Gemeindegliederung besteht): \_\_\_\_\_

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, GES, GY, BK):

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

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

Schulinterne Angaben - bitte nicht ausfüllen!	
Eingegangen am: _____	
Infogespräch am: _____	
Geschwister: _____	
<input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> GES <input type="checkbox"/> GY <input type="checkbox"/> BK	
Zusage	Absage
am: _____	am: _____
Bemerkungen: _____	

<b>Geschwisterfolge:</b> Es ist das _____ von _____ Kindern.	
<b>Familiäre Situation</b>	Sind Sie <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend
	Ist Ihr Kind <input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
	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>Eltern</b>	Verkehrssprache der Familie:
<b>Kindergarten</b>	Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab _____ Name / Anschrift des Kindergartens:
<b>Vorschule</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit/ab _____ Gemeinde: _____
<b>Gesundheit</b>	Ausreichender Masernschutz ist vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
	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"/> der Sprache <input type="checkbox"/> Bewegung? Welche?
	Ist Ihr Kind <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?
	Besitzt Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Merkzeichen _____ GdB: _____ %
	Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wenn ja, welche?
<b>Förderung</b>	Hat Ihr Kind im Kindergarten an einer sprachlichen Förderung teilgenommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> verpflichtend
	Erhält Ihr Kind besondere Förderung? (z.B. Logopädie, Ergotherapie)
	Sind bei Ihrem Kind bereits spezielle Untersuchungen erfolgt? Welche?
	Haben Sie ärztliche Gutachten für Ihr Kind erstellen lassen? Welche?
	Vermuten Sie bei Ihrem Kind einen sonderpädagogischen Förderbedarf? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß ich nicht

<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!)

---



---



---

**Erklärung der/des Erziehungsberechtigten:**

Ich bin/wir sind über das pädagogische Konzept (s. Homepage) 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 der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Die 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.