



Anmeldung für die 1. Klasse im Schuljahr 2025/26

Bitte fügen Sie der Anmeldung eine Kopie der **Geburtsurkunde** bei.

Anmeldeschluss: 31.05.2024

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.

Das Kind:		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	Schulinterne Angaben Bitte nicht ausfüllen!
Name:	_____			Eingegangen am: _____
Vorname:	_____			<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Eingangsbestätigung
Geburtsdatum:	_____			Geschwister an den AHFS/LE: _____
Geburtsort / Land:	_____			<input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> GES <input type="checkbox"/> GY <input type="checkbox"/> BK
Staatsangehörigkeit:	_____			Infosgespräch am: _____
Straße, Nr.:	_____			Zusage: _____ Absage: _____
PLZ, Wohnort, Ortsteil:	_____			Einschulungswunsch: <input type="checkbox"/> Regelklasse <input type="checkbox"/> 1e <input type="checkbox"/> OGS / Betreuung
Telefon:	_____			Bemerkungen: _____ _____ _____
Mobil (Mutter):	_____			
Mobil (Vater):	_____			
E-Mail:	_____			
Zuständige öffentliche Schule:	_____			

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.

Mutter

Name, Vorname: _____

Religionsbekenntnis: _____ Beruf: (freiwillige Angaben) _____

Geburtsland: _____ Zuzugsjahr in die BRD: _____

Vater

Name, Vorname: _____

Religionsbekenntnis: _____ Beruf: (freiwillige Angaben) _____

Geburtsland: _____ Zuzugsjahr in die BRD: _____

Name und Adresse Ihrer
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, GES, GY, BK):

Vorname: _____ Klasse: _____ Schule: _____ Vorname: _____ Klasse: _____ Schule: _____

Vorname: _____ Klasse: _____ Schule: _____ Vorname: _____ Klasse: _____ Schule: _____

Geschwisterfolge: Es ist das _____ von _____ Kindern.	
Familiäre Situation	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
Kindergarten	Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab _____ Name / Anschrift des Kindergartens:
Eltern	Verkehrssprache der Familie:
Gesundheit	Hat Ihr Kind einen ausreichenden Masernimpfschutz? <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?
Förderung	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

Offener Ganztag / Klasse 1e:
Wir bieten neben der Halbtagsklasse auch eine Nachmittagsbetreuung in Form einer OGS sowie eine Klasse 1e mit, einem besonderen Förderangebot an. Nähere Infos auf unserer Homepage www.ahfs-lemgo.de

Ich beabsichtige mein Kind für die OGS-Betreuung bis 15:15 Uhr, bzw. 16:00 Uhr anzumelden.
 Ich beabsichtige mein Kind für die Klasse 1e mit Unterricht von 8.00 – 12:30 Uhr anzumelden.
 Mein Kind soll die Halbtagsklasse mit Unterricht von 8:00 – 12:30 Uhr besuchen.

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

Erklärung des/der Erziehungsberechtigten:

Ich bin/wir sind über das pädagogische Konzept (siehe 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 beider Erziehungsberechtigten: _____