



# Anmeldung für die \_\_. Klasse im Schuljahr 20\_\_/\_\_

Bitte fügen Sie der Anmeldung eine Kopie der **Geburtsurkunde und die Zeugnisse** bei.

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.

<b>Das Kind:</b>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<b>Schulinterne Angaben</b> 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:
Telefon:	_____		<input type="checkbox"/> Regelklasse <input type="checkbox"/> 1e <input type="checkbox"/> OGS / Betreuung
Mobil (Mutter):	_____		Bemerkungen:
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: \_\_\_\_\_

<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>Kindergarten</b>	Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab _____ Name / Anschrift des Kindergartens:
<b>Eltern</b>	Verkehrssprache der Familie:
<b>Gesundheit</b>	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?
<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

**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](http://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: \_\_\_\_\_