

## Schulaufnahme Paul-Gerhardt-Schule

Regeleinschulung: <input type="checkbox"/>	Vorzeitig: <input type="checkbox"/>
Name:	Vorname:
geb. am:	in:
Wohnort: 59439 Holzwickede anderer Ort:	Straße:
Konfession: rk / ev / isl. / alev. / jüd. / orth. / Syr.-orth. / and. Konf. / ohne Konf.	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Teilnahme am Religionsunterricht:</b> <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, meine Tochter / Mein Sohn <input type="checkbox"/> katholischen Religionsunterricht teilnimmt. <input type="checkbox"/> Ich bin <b>nicht</b> damit einverstanden, dass <input type="checkbox"/> evangelischen Religionsunterricht	
Staatsangehörigkeit:	Erstsprache:
Staatsangehörigkeit Mutter:	Staatsangehörigkeit Vater:
Spätaussiedler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herkunftssprachlicher Unterricht erwünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migrationshintergrund (nur auszufüllen für Aussiedler / Ausländer):	
Geburtsland:	Zuzugsjahr:
Verkehrssprache der Familie:	
Geburtsland der Mutter:	Geburtsland des Vaters:
Geschwister:	Stellung in der Geschwisterreihe: 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 ...
Schulweg: <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> andere	Haltestelle:
<b>Sorgeberechtigt:</b> ( ) beide ( ) Vater ( ) Mutter	
<b>Erziehungsberechtigte:</b>	
Name / Vorname des Vaters:	
Anschrift, falls abweichend:	
Tel.-Nr.:	Handy:
E-Mail:	
Name / Vorname der Mutter:	
Anschrift, falls abweichend:	
Tel.-Nr.:	Handy:
E-Mail:	
<b>Name des Vormundes oder sonstige Personen nach § 17 Schpfl.G.:</b>	
Tel.-Nr.:	Handy: <span style="float: right;">E-Mail.:</span>

## Schulaufnahme Paul-Gerhardt-Schule

<b>Kindergarten:</b>	<b>Gruppe:</b>
<b>seit:</b>	
<input type="checkbox"/> wurde zur Teilnahme am Sprachförderkurs verpflichtet	<input type="checkbox"/> hat am Sprachförderkurs teilgenommen
<input type="checkbox"/> nein	
<p><b>Einverständniserklärung zum Informationsaustausch zwischen der Kindertageseinrichtung und der Paul-Gerhardt-Schule:</b>          Ich bin damit einverstanden, dass die Erzieher/in der Kindertageseinrichtung _____ und die Lehrer/innen der Paul-Gerhardt-Schule wichtige Informationen über mein Kind _____ austauschen. In diesem Zusammenhang darf u. a. das Ergebnis der Schuleingangsdiagnostik zur weiteren Förderung an die o. g. Kindertageseinrichtung übermittelt werden und die Paul-Gerhardt-Schule erhält eine Kopie der Bildungsdokumentation der Kindertageseinrichtung.</p> <p><b>einverstanden:</b>     <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p><b>Einwilligung zur Verwendung von Bildnissen von Schülerinnen und Schülern:</b>          Die Paul-Gerhardt-Schule beabsichtigt, Bildnisse von Schülerinnen und Schülern im Internet auf der schuleigenen Homepage öffentlich zugänglich zu machen, bzw. in der aktuellen Presse zu Veröffentlichen. Bildnisse in diesem Sinne sind Fotos, die Schülerinnen und Schüler erkennbar abbilden. Veröffentlicht werden Bildnisse, die im Rahmen des Unterrichts oder im Rahmen von Schulveranstaltungen angefertigt wurden. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder ihrem Widerruf entstehen keine Nachteile.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich/wir willige/n in die oben genannte Verwendung der Bildnisse ohne weitere Genehmigung ein.  <input type="checkbox"/> Ich/wir willige/n in die oben genannte Verwendung der Bildnisse ohne weitere Genehmigung <b>nicht</b> ein.</p>	
<p><b>Schulimkerei:</b>  <b>Mein Kind ist frei von allergischen Reaktionen bei Stichen von Insekten, z.B. Bienen:</b>  <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> weiß ich nicht</p>	
<p><b>Gesundheitliche Hinweise:</b>          (Krankheiten, Medikamente, Sport ...)</p>	
<p><b>Schwerbehinderung:</b>    <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<b>Notfall-Telefonnummern:</b>	<b>1.</b>
<b>2.</b>	<b>3.</b>
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Hausarzt / Kinderarzt:</b>
<b>Masern-Schutzimpfung kpl.:</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Teilnahme Betreuung:</b>	<input type="checkbox"/> Frühb. „7-7.30“ <input type="checkbox"/> „8-13“ <input type="checkbox"/> OGGS
<b>Bemerkungen / Klassenwunsch:</b>	

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift d. Erziehungsberechtigten