

Daten zum Kind:

Name, Vorname des Kindes:	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Masern-Impfschutz: ☐ ja ☐ nein ☐ Attest (s. Kopie)	Geschwisterkind in Klasse _____
Geburtsdatum, Geburtsort / -land:	
Anschrift:	
Staatsangehörigkeit:	
Konfession:	☐ alevitisch ☐ evangelisch ☐ islamisch ☐ jüdisch ☐ orthodox ☐ römisch-kath. ☐ syrisch-orthodox ☐ andere Konf. ☐ ohne Konf. Teilnahme am ☐ kath. ☐ evang. Religionsunterricht erwünscht.
Teilnahme des Kindes an den ökumenischen Weihnachts- und Abschlussgottesdiensten	☐ ja ☐ nein
Kindergartenbesuch seit:	
Name des Kindergartens: (Ggf. Name / Ort der vorher besuchten Schule)	
Wir sind damit einverstanden, dass die Stiftsschule im Sinne eines reibungslosen Übergangs zum Austausch von Informationen mit dem Kindergarten unseres Kindes in Kontakt treten kann.	☐ ja ☐ nein
Handelt es sich um einen heilpädagogischen Kindergarten?	☐ ja ☐ nein
Falls nach Deutschland zugezogen: Wann?	
Antrag auf frühere Einschulung?	☐ ja ☐ nein
Wurde das Kind vom Schulbesuch zurückgestellt?	☐ ja ☐ nein

Bitte wenden ►

An unserer Schule gibt es einen Schulhund.

Es bestehen keine gesundheitlichen Bedenken im Kontakt mit dem Schulhund.

Es bestehen eventuell gesundheitliche Bedenken im Kontakt mit dem Schulhund.
Bitte „probestreicheln“ .

Mein Kind darf keinen Kontakt zum Schulhund aufnehmen.

Entwicklung des Kindes

Sind bei Ihrem Kind Entwicklungsverzögerungen oder Erkrankungen bekannt?

☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, in welchem Bereich?

☐ Motorische Entwicklung

☐ Sprachentwicklung / Artikulation (Lispeln, Stottern, ...)

☐ Sehen

☐ Geistige Entwicklung

☐ Anfallsleiden / Epilepsie

☐ Hörfähigkeit

☐ Auditive Verarbeitung

☐ Herzerkrankung

☐ Diabetes

☐ Allergien (Welche?)

☐ Andere:

Liegt bei Ihrem Kind ein diagnostizierter Förderbedarf vor? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, in welchem Bereich?

Medikation

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Therapie

Hat Ihr Kind zusätzliche Förderung oder Therapien erhalten?

☐ Logopädie Zeitraum von _____ bis _____

☐ Ergotherapie Zeitraum von _____ bis _____

☐ Physiotherapie Zeitraum von _____ bis _____

☐ Frühförderung Zeitraum von _____ bis _____

☐ Heilpädagogik Zeitraum von _____ bis _____

☐ Psychotherapie Zeitraum von _____ bis _____

☐ Andere:

Wurden Sie von einem Arzt / einer Ärztin oder einem Therapeuten über die Notwendigkeit einer sonderpädagogischen Unterstützung in der Schule informiert?

☐ ja ☐ nein

Daten zu den Erziehungsberechtigten:

Sorgerecht:	☐ gemeinsam ☐ alleine: _____
Name, Vorname der Mutter:	
Kontaktdaten der Mutter	Anschrift: Telefon: E-Mail:
Geburtsland der Mutter:	
Staatsangehörigkeit der Mutter:	
Name, Vorname des Vaters:	
Kontaktdaten des Vaters:	Anschrift: Telefon: E-Mail:
Geburtsland des Vaters:	
Staatsangehörigkeit des Vaters:	
AnsprechpartnerInnen im Notfall:	1. Name: Telefon: 2. Name: Telefon:
Familiensprache:	
Spricht Ihr Kind deutsch?	☐ ja ☐ nein ☐ wenig
Weitere Sprachen, die in der Familie gesprochen werden:	

Ich möchte mein Kind für die b-Klasse anmelden: ☐ ja ☐ nein

(Falls keine Annahme in der b-Klasse, trotzdem Anmeldung in der Stiftsschule? ☐ ja ☐ nein)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

(Erziehungsberechtigte)