|  |  |
| --- | --- |
| □ weil schulpflichtig | □ auf Antrag |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schüler/in** | Name: | | Vorname: | | |
| Geschlecht: □ männlich □ weiblich | | |
| geb. am: | Geburtsort: | | | |
| Anschrift: | | | Staatsangeh.: |  |
| Religionszugehörigkeit: □ rk. □ ev. □ keine □ andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mutter:** | Name: | Vorname: | | |
|  | erziehungsberechtigt: □ ja □ nein | \*Beruf: berufstätig: □ Ja  □ nein | | |
| Anschrift: | | Staatsangeh.: |  |
| Telefon: | | | |
| Email-Adresse: | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vater:** | Name: | Vorname: | | |
|  | erziehungsberechtigt: □ ja □ nein | \*Beruf berufstätig: □ Ja  □ nein | | |
| Anschrift: | | Staatsangeh.: |  |
| Telefon: | | | |
| Email-Adresse: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktadresse(n)**  falls Sie nicht erreichbar  Sind. (Telefon/Name und  Beziehung der Person zur  Familie /Kind. z.B. Oma,  Nachbarn, Arbeitsstelle) | 1. |
| 2. |
| 3. |
| **Kinderarzt:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kinder-**  **garten-**  **besuch** | seit: (Monat/Jahr) | Name des  Kindergartens: |
| Name  der Gruppe: | Name der  Gruppenleitung: |
| Betreuung: | Wir beabsichtigen unser Kind in der Betreuung anzumelden  (Anträge beim Träger AWO Kids, Gevelsberg einreichen) | bis 13.20 Uhr □ ja □ nein  bis 16.00 Uhr □ ja □ nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fahrschüler: | Einstiegshaltestelle, falls bekannt: |  |
| □ ja □ nein |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Folgende Angaben sind freiwillig. Sie sollen uns helfen, Ihr Kind besser kennen zu lernen und ihm in*  *Notsituationen angemessen helfen zu können.* | |
| **Sprachförderung:**  Verpflichtung zur Sprachförderung: □ ja □ nein teilgenommen: □ ja □ nein  (Delfin 4 – Sprachstandsfestellung) | |
| Hat ihr Kind Krankheiten, die eine besondere Rücksichtnahme erfordern? □ ja □ nein  (\*Allergien, Asthma, Seh- oder Hörschwäche)  \*bitte Allergiebogen ausfüllen  Vollständiger Masernschutz □ ja □ nein | |
| Muss ihr Kind Medikamente einnehmen? □ ja □ nein | |
| Haben Sie mit Ihrem Kind Erfahrungen im therapeutischen Bereich? □ ja □ nein  (wenn ja mit welchen Therapien) | |
| Ihr Kind ist das \_\_\_\_\_wievielte Kind von\_\_\_\_\_ wie vielen Kindern in der Familie? | |
| Was sollte die Schule noch wissen? | |
| Unser Kind ist befreundet mit: |  |
|  |

**Einwilligungserklärungen**

|  |
| --- |
| **Einwilligung zur Einholung von Auskünften** |
| Zur Erleichterung des Schulbetriebes kann es erforderlich sein, Auskünfte beim Gesundheitsamt, Kindergärten, vorschulischen Einrichtungen oder Grundschulen einzuholen. Dazu benötigen wir Ihr Einverständnis und bitten daher um Ihre Einwilligung. Diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen für die Zukunft widerrufen werden.  **Die/ der Erziehungsberechtigte/n sind damit □ einverstanden**  **□ nicht einverstanden** |
| **Einwilligung zur Darstellung von Bildern** |
| 1. Klassenfoto /Verbleib der innerhalb der Klasse **□ einverstanden**   **□ nicht einverstanden**   1. Bericht im Printmedium der Lokalzeitung **□ einverstanden**   **□ nicht einverstanden**   1. Internet (Homepage der Schule, Onlinefassung Zeitung) **□ einverstanden**   **□ nicht einverstanden**  Sie haben selbstverständlich das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. |
| **Einwilligung zur Weitergabe einer Klassenliste** |
| Zur Erleichterung des Schulbetriebes ist es hilfreich, wenn in jeder Klasse eine Telefonliste erstellt wird, um **notfalls mittels Telefonkette** oder Emailverteiler bestimmte Informationen an die Eltern **weiterzugeben**. Für die Weitergabe einer solchen Liste an alle Eltern der klassenangehörigen Schüler/innen, die Namen, Vorname des Schülers/ der Schülerin und die Telefonnummer/Emailadresse enthält, benötigen wir Ihr Einverständnis. Auch diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen für die Zukunft widerrufen werden.  **Die/ der Erziehungsberechtigte/n sind damit** **□ einverstanden**  **□ nicht einverstanden** |
| Einwilligung in die Übermittlung an die Klassenpflegschaften |
| Die Klassenpflegschaften erhalten von der Schule zur Durchführung ihrer Aufgaben Ihre Namen und Adressdaten nur, wenn Sie hierzu Ihre schriftliche Einwilligung erteilen. Zur Verfahrenserleichterung bitten wir Sie an dieser Stelle um Ihre Einwilligung. Sollten Sie in Kenntnis der personellen Zusammensetzung Ihrer Elternvertretung eine Übermittlung nicht wünschen, können Sie die Einwilligung für die Zukunft selbstverständlich widerrufen.  **Die/ der Erziehungsberechtigte/n sind damit** **□ einverstanden**  **□ nicht einverstanden** |

**Hiermit willige ich / willigen wir ein, dass die Schule uns zusätzlich auf die im Anmeldebogen von mir / uns eingetragenen Arten kontaktieren darf und diese Informationen dafür speichert.**

**Ich / wir willigen ein, dass die Schule folgende Informationen in Form einer Klassenliste an die Eltern der Mitschüler meines / unseres Kindes, wie von mir / uns eingetragen, weitergibt.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten