



## Anmeldung für Klasse 1 Schuljahr 2019/2020

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

Bitte beachten Sie, dass **alle angemeldeten Kinder** einen Termin für ein **Anmeldegespräch** benötigen! Dazu **setzen Sie sich bitte mit unserem Sekretariat in Verbindung**. Anmeldeschluss für alle ist der 30. Juni 2018.

### Das Kind

männlich

weiblich

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort /-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Welche städtische Schule am Ort müsste das Kind besuchen? Bitte Name und Ort eintragen.

### Verwaltungsvermerke:

(Bitte nicht ausfüllen.)

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

GS  HS  GES  GY

Infogespräch am: \_\_\_\_\_

Zusage am: \_\_\_\_\_

Warteliste: \_\_\_\_\_

Absage am: \_\_\_\_\_

Abmeldung städt. Schule:

Schulvertrag:

Vereinbarung:

Bus: \_\_\_\_\_

Haltestelle \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Die Erziehungsberechtigten

Eltern

sonst. gesetzl. Vertreter

Name, Vorname  
des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Zuzugsjahr in die BRD: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der  
**Mutter** (Geburtsname) \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Zuzugsjahr in die BRD: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Kirchengemeinde,  
falls eine Gemeindegliederung besteht:

\_\_\_\_\_

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, GE, GY, BK):

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden** ↵

**Geschwisterfolge:** 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	<input type="checkbox"/>
	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>	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"/> dem Sprechen <input type="checkbox"/> Motorik? 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?		
	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, Frühförderung, Ergotherapie)			
	Sind bei Ihrem Kind bereits spezielle Untersuchungen erfolgt? Welche?			
	Haben Sie ärztliche Gutachten für Ihr Kind erstellen lassen? Welche?			

**Betreuung:**

Ich benötige für mein Kind eine Nachmittagsbetreuung:  ja  nein.

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

---



---



---

**Erklärung des/der Erziehungsberechtigten:**

Ich bin/wir sind über das Erziehungskonzept 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: \_\_\_\_\_