

Grundschule Leimersheim



Abraham-Weil-Str. 2a, 76774 Leimersheim, Tel: 07272 / 2687, Fax: 07272 / 959 476, E-Mail: kardinal-wendel-schule@leimersheim.de

Anmeldung in die Klasse: 1 / 2 / 3 / 4	Ab Schuljahr: 20 /20
--	--------------------------------

Schüler/Schülerin

Name:	Vorname (Rufname bitte unterstreichen):
Geschlecht: m/w	Religionszugehörigkeit:
Geburtsdatum:	Teilnahme Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> kath. RU (bitte zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> evang. RU
Geburtsort:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Zuzugsjahr nach Deutschland:
Überwiegend benutzte Fremdsprache, sofern nicht deutsch:	
Straße:	
PLZ / Wohnort:	
Nachgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Familienbuch <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Vorgelegt am: Einsicht genommen von:	

Erziehungsberechtigung/Sorgerecht

(Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Eltern
<input type="checkbox"/>	Mutter
<input type="checkbox"/>	Vater
<input type="checkbox"/>	Vormund

Hierzu bitte auch beigefügte Sorgerechtserklärung ausfüllen (Anlage 1).

Mutter

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Vater

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Personen oder Institutionen, die ohne das Sorgerecht zu besitzen, tatsächlich die Erziehung übernommen hat und/oder das Kind tatsächlich untergebracht ist (Bsp. Pflegeeltern)

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

Bemerkungen (z. B. Beeinträchtigungen und Krankheiten, bestehende Allergien)

Name und Anschrift der Krankenkasse des Kindes:	
Name und Anschrift des Hausarztes des Kindes:	
Müssen Medikamente verabreicht werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte das Formular zur Medikamentenabgabe in der Schule ausfüllen. Dies erhalten Sie im Sekretariat und auf der Homepage der Grundschule.	

Masernschutz - die v.g. Person hat den Anforderungen gemäß § 20 IfSG: (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	ihre Masernimmunität nachgewiesen.
<input type="checkbox"/>	eine dauerhafte medizinische Kontraindikation nachgewiesen.
<input type="checkbox"/>	keinen Nachweis erbracht.
Nachgewiesen durch:	<input type="checkbox"/> Impfpass <input type="checkbox"/> Ärztl. Bescheinigung <input type="checkbox"/>
Vorgelegt am:	Einsicht genommen von:

Anzahl Geschwister:	
Geschwister an unserer Schule:	
Name:	Klasse:

Bei Schulwechsel:

Bisher besuchte Schule:	Bisherige Klasse:
Adresse der bisherigen Schule (PLZ, Ort, Straße):	
Telefonnummer der bisherigen Schule:	Bisherige/r Klassenlehrer/in:
Einschulungsjahr:	Wechsel an unsere Schule zum:

Leimersheim, den _____, _____
Unterschrift aller Erziehungs- und Sorgeberechtigten