

Schüleranmeldung

Schülerdaten

Nachname:	
Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geboren:	am _____ in _____
Staat der Geburt:	<input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> sonstige:
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> sonstige:
Familiensprache/n*	
Konfession	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> alt-katholisch <input type="checkbox"/> jüdisch <input type="checkbox"/> orthodox <input type="checkbox"/> syrisch-orthodox <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> islamisch sunnitisch <input type="checkbox"/> ohne Religionszugehörigkeit Religionsunterricht erwünscht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zur Religionszugehörigkeit auf Antrag der Religionsgemeinschaft auf Antrag weitergegeben werden dürfen. Dem Einverständnis kann jederzeit widersprochen werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Abgebende Schule*	

*freiwillige Angaben

Kontaktdaten/Erziehungsberechtigte

	Mutter	Vater
Nachname:		
Vorname:		
sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Anschrift <input type="checkbox"/> wie Mutter <input type="checkbox"/> wie folgt:
Straße, Hausnummer		
PLZ Ort		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
Mobiltelefon		
E-Mailadresse		

Name Schülerin/Schüler: _____

Zustimmung zur Bildveröffentlichung:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Presse, Schulhomepage...) veröffentlicht werden dürfen.

ja nein

Ich verpflichte mich, Änderungen insbesondere im Sorgerecht, bei Umzug oder Telefonwechsel umgehend der Schule mitzuteilen.

Mit der Anmeldung akzeptiere/n ich/wir die Schul- und Hausordnung der Katharina-Kepler-Schule und Sorge/n dafür, dass mein/unser Kind sie einhält.

[Ort, Datum]

[Unterschrift des / der
Erziehungsberechtigten]

Datenschutz

Die mit (*) gekennzeichneten Merkmale sind **freiwillig**, sie erleichtern aber beispielsweise eine Kontaktaufnahme mit Ihnen. Mit der Angabe dieser Daten erteilen Sie zugleich die Einwilligung in deren Verarbeitung durch die Schule. Bitte beachten Sie die Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage.

Zusatzinformationen*:

Existiert ein Bescheid zur **Feststellung des Anspruchs** auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot ja nein

Bei meinem/unserem Kind wurde

LRS diagnostiziert
 vermutet

Dyskalkulie diagnostiziert
 vermutet

ADHS/ADS diagnostiziert
 vermutet

Gesundheitszustand:

Leidet ihr Kind an einer Krankheit, von der die Schule wissen müsste? (z.B. Diabetes, Asthma, Allergien, ...)

nein ja, welche Krankheit: _____

Was die Schule noch wissen müsste:
