

**STADTSCHULE ALTLANDSBERG**  
**Oberschule mit Grundschulteil**  
 Klosterstraße 3 • 15545 Altlandsberg  
 Telefon (03 34 38) 6 02 22 • Fax (03 34 38) 6 79 83  
 Stadtschule.altlandsberg@t-online.de

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

NUR ZUR INTERNEN BEARBEITUNG!

Stempel der zuständigen Schule

## Anmeldung zum Schulaufnahmeverfahren für das Schuljahr 2021/ 2022

Daten des Kindes (gemäß Datenschutzverordnung Schulwesen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache	
Aufenthaltsstatus**	
Religion*	
Wohnanschrift	
Bisher besuchte Kita	

Sorgeberechtigte	Name	Vorname	Familienstand
Mutter			
Vater			
andere			

Daten der Sorgeberechtigten	Mutter	Vater
Wohnanschrift		
Arbeitsstelle*		
Krankenvers. d. Kindes		
Telefon privat		
Telefon dienstlich*		
Mailadresse		

(\* - freiwillige Angaben, \*\* - nur bei fremdsprachigen Kindern ausfüllen)

Besondere Hinweise der Sorgeberechtigten	
--	--

Unterschrift aller Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

**Eingangsbearbeitung durch die für den Wohnort zuständige Schule**

Sachverhalt		ja	nein	Datum	Bemerkung
Eltern tragen Bedenken zur Schulaufnahme vor					
Förderbedarf wird vermutet					
Sonderpädagogischer Förderbedarf wird vermutet					
Antragstellung (die Anträge sind sind gesondert zu stellen)	Vorzeitige Einschulung				
	Zurückstellung vom Schulbesuch				
	Förderausschussverfahren				
	Primäreinschulung Förderschule				
	Antrag nach § 106 BbgSchuG				
Hinweis auf schulärztliche Untersuchung					
Hinweis auf Ausgabe des Schulaufnahmebescheides					
Hortbesuch ist geplant					
Hinweis auf Verfahren der Hortanmeldung					
Vorgesehener Hort					

Bemerkungen	
-------------	--

Abgabe durch die <u>zuständige Schule</u> Unterschrift / Datum	Eingang in der <u>gewünschten Schule</u> Unterschrift / Datum
---	--

**Nur bei deckungsgleichen Schulbezirken und bei der Wahl von Ersatzschulen**

Wird eine andere Schule gewünscht?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gewünschte Schule	1.			
Wichtige Gründe für die Aufnahme:				

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten



# Stadtschule Altlandsberg Oberschule mit Grundschulteil

- in Trägerschaft der Stadt Altlandsberg -



Stadtschule Altlandsberg • Klosterstraße 3 • 15345 Altlandsberg

## Elternfragebogen Lernanfänger

(Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

	ja	nein
1. Ist Ihr Kind ein Integrationskind in der Integrationstagesstätte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhielt oder erhält Ihr Kind Förderung:		
▪ Ergotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Logopädie (Sprachförderung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind körperliche und/ oder geistige Beeinträchtigungen bekannt? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist Ihr Kind in regelmäßiger Betreuung:		
▪ beim HNO-Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ im Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Psychologen/ Psychiater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Orthopäden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind folgende Krankheiten bei Ihrem Kind bekannt:		
▪ Sehbeeinträchtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hörbeeinträchtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Wahrnehmungsstörung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ andere gesundheitliche Beeinträchtigungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Lernen“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Sprache“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Hören“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Sehen“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Autismus“		

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

