



# 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?<br>Wenn ja, welche? .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?<br>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?<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf? <i>(Bitte Nachweise vorlegen!)</i>                                     | <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: \_\_\_\_\_

# ANMELDEBOGEN

## 1. Angaben zum Kind

|                      |   |   |
|----------------------|---|---|
| Familienname:        | Vorname:  | Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich    |
| Straße               | Hausnummer:   | PLZ:  |
| Ort:                 | Geburtsdatum:   | Geburtsort:   |
| Geburtsland:         | ggf. 2. Staatsangehörigkeit:  | <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund<br><input type="checkbox"/> Aussiedler |
| Staatsangehörigkeit: | ggf. Zuzugsjahr:  | Krankenkasse:   |
| Konfession:          | Einschulung:<br><input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> vorzeitig <input type="checkbox"/> Zurückstellung |   |

## 2. Besuch Kindertagesstätte

|                               |                                 |  |  |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Name der Einrichtung:         |                                 |  |  |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: |                                 |  |  |
| Besuch der Kita seit:         | Name der<br>Kindergartengruppe: |  | Am/zum Sprachkurs<br><input type="checkbox"/> teilgenommen<br><input type="checkbox"/> verpflichtet worden |

## 3. Erziehungsberechtigte

|   |                      |                  |
|---|----------------------|------------------|
| <b>Mutter</b>   | Familienname:        | Vorname:         |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:   |                      |                  |
| Geburtsland:  | Staatsangehörigkeit: | ggf. Zuzugsjahr: |
| Telefon – Festnetz:   | Handynummer:         | Email:           |
| <b>Vater</b>  | Familienname:        | Vorname:         |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:   |                      |                  |
| Geburtsland:  | Staatsangehörigkeit: | ggf. Zuzugsjahr: |
| Telefon – Festnetz:   | Handynummer:         | Email:           |
| <input type="checkbox"/> <b>Es besteht gemeinsames Sorgerecht.</b>                                      |                      |                  |
| <b>Das alleinige Sorgerecht hat:</b>  |                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>die Mutter</b>  |                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>der Vater</b>   |                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>das Jugendamt</b>   |                      |                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sonstige</b> _____  |                      |                  |
| <b>In diesen Fällen sind bei der Anmeldung <u>in der Schule</u> entsprechende Nachweise vorzulegen.</b> |                      |                  |

bitte wenden

### 3.1 Notfall-Rufnummern

| Familienname: | Vorname: | Verhältnis zum Kind:<br>(z.B. Tante, Oma...) | Telefon: |
|---------------|----------|--|----------|
| 1.            |          |  |          |
| 2.            |          |  |          |

### 4. Vorzulegende Nachweise

| Geburtsurkunde | Sprachstandsfeststellung  | Vollmacht Sorgeberechtigung |
|----------------|---|-----------------------------|
| Masernnachweis | evtl. Vollmacht, wenn Sie Ihr Kind nicht selbst anmelden können |                             |

### 5. Betreuungsbedarf

Hort

**Die Anmeldeformulare Schule/Hort bitte bei der Anmeldung mitbringen.**

### 6. Mein/unser Kind soll, wenn möglich mit folgendem Kind in eine Klasse

| Familienname | Vorname | Grund |
|--------------|---------|-------|
|              |         |       |

### 7. Ergänzungen/Bemerkung z.B. linkshändig, trägt Brille, in Therapien u.a.

|  |
|--|
|  |
|--|

**Hinweis: Die personenbezogenen Daten werden von uns per EDV verwaltet!  
Ich/Wir melde/n unser Kind zum kommenden Schuljahr an! Die Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen teile/n ich/wir umgehend und unaufgefordert mit.**

|        | Ort, Datum | Unterschrift |
|--------|------------|--------------|
| Mutter |            |              |
| Vater  |            |              |