

Antrag zur Aufnahme im SJ _____ in _____

Bitte nur eine Option ankreuzen. Sie müssen sich bereits bei der Antragstellung für eine Ganz- oder Halbtagsklasse entscheiden. **Ein späterer Wechsel ist während der gesamten Grundschulzeit nicht möglich.**

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Halbtagsklasse
Montag – Freitag,
08.00 – 12.30 h | ☐ Ganztagsklasse
Montag – Donnerstag,
08.00 – 15.30 h (Abh. b. 16.00 h)
Freitag
08.00 – 12.30 h | (nur für Ganztagsklasse)
☐ mit Mittagessen (Mo – Do) - Mischkost
☐ mit Mittagessen (Mo – Do) - vegetarisch
☐ ohne Mittagessen |
|--|---|---|

1. Schüler/Schülerin:

Familiennamen											
Rufname & weitere Vornamen											
Geburtsdatum / -ort	in _____										
Straße / Hausnummer											
PLZ, Ort											
Telefon											
Staatsangehörigkeit											
Bekenntnis	☐ röm.-kath. ☐ evang.-luth. ☐ islam. ☐ bekenntnislos ☐ Sonstiges Bekenntnis *										
Geschwister	Anzahl	Geburtsjahre:	/ /								
Krankenversicherung (freiwillige Ang.)	mitversichert mit ☐ Vater ☐ Mutter										
Sprengelschule:											
Kindergartenbesuch: ☐ nein ☐ ja Monate / Jahre (ohne Krippe)	Name des Kindergartens										
Migrationshintergrund (= Staatsangehörigkeit, Geburtsland und/oder Muttersprache nicht deutsch) ☐ ja ☐ nein Zuzug in die Bundesrepublik am:	Status (freiwillige Angabe): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Flüchtling</td> <td>☐ Aussiedler</td> </tr> <tr> <td>☐ Asylbewerber</td> <td>☐ Kriegsflüchtling</td> </tr> <tr> <td>☐ Asylbewerber anerkannt</td> <td>☐ Ausländer (nicht Asylbewerber)</td> </tr> <tr> <td>☐ Asylbewerber geduldet</td> <td>☐ sonstiger Zuzug</td> </tr> </table>			☐ Flüchtling	☐ Aussiedler	☐ Asylbewerber	☐ Kriegsflüchtling	☐ Asylbewerber anerkannt	☐ Ausländer (nicht Asylbewerber)	☐ Asylbewerber geduldet	☐ sonstiger Zuzug
☐ Flüchtling	☐ Aussiedler										
☐ Asylbewerber	☐ Kriegsflüchtling										
☐ Asylbewerber anerkannt	☐ Ausländer (nicht Asylbewerber)										
☐ Asylbewerber geduldet	☐ sonstiger Zuzug										
Nicht deutsches Geburtsland	Muttersprache	☐ deutsch ☐ nicht deutsch									

2. Erziehungsberechtigte:

Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.)	Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend
Name, Vorname	E-Mail: Mobil-Telefonnummer:
Beruf (freiwillige Angabe):	
Verhältnis zum Kind (Vater, Mutter, Vormund, etc.)	Anschrift, falls von Schüleradresse abweichend
Name, Vorname	E-Mail: Mobil-Telefonnummer:
Beruf (freiwillige Angabe):	

3. Besondere Familienverhältnisse:

☐ Eltern	☐ leben getrennt seit	☐ sind geschieden seit
☐ Sorgerecht liegt bei	☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden Elternteilen - Bitte Kopie des Urteils/Sorgerechtsbeschlusses beifügen. -	
☐ Elternteil verstorben seit	☐ Vater	☐ Mutter
☐ Pflegekind seit		
☐ Kind wurde mit Jahren adoptiert	☐ Es weiß von der Adoption. ☐ Es weiß nichts von der Adoption!	
☐ Besondere Belastungen (ggf. Beiblatt)		

5. Entwicklung und Persönlichkeit Ihres Kindes

Mein Kind	„trifft voll zu“	„naja“	„noch wenig“
nimmt leicht Kontakt zu anderen Kindern auf.	☐	☐	☐
nimmt leicht Kontakt zu Erwachsenen auf.	☐	☐	☐
hält Regeln gut ein.	☐	☐	☐
kann sich gut über einen längeren Zeitraum konzentrieren.	☐	☐	☐
bleibt gut bei der Sache.	☐	☐	☐
lässt sich von Misserfolgen nicht leicht entmutigen.	☐	☐	☐
hat gute feinmotorische Fähigkeiten.	☐	☐	☐
bewegt sich sicher und gewandt.	☐	☐	☐
ist ☐ rechts- / ☐ linkshändig.			

Der folgende Fragenkatalog dient der Information der Lehrkraft, damit sie auf eventuelle Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten angemessen eingehen kann. Die Angaben werden im Falle der Aufnahme Ihres Kindes zum Schülerakt gegeben und von der Schule vertraulich behandelt. Sämtliche Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

☐ Mein Kind hat eine Allergie.	
☐ Mein Kind leidet an:	
Besteht eine Dauermedikation: ☐ nein ☐ ja, mit:	
Wichtige Anmerkungen (ggf. Beiblatt):	
Eine besondere Berücksichtigung im Unterricht kann notwendig werden durch:	
☐ Hörschwierigkeiten, welche	
☐ Fehlsichtigkeit, welche	
☐ Sprachfehler, welcher	
Hat Ihr Kind eine Entwicklungsverzögerung?	☐ nein ☐ ja
Ist Ihr Kind in Therapie?	☐ nein: ☐ ja, wegen
Diagnose:	
Therapieform:	
in Therapie seit:	
Dürfen wir mit dem Kinderarzt /Therapeuten Kontakt aufnehmen?	☐ nein ☐ ja
Mein Kind ist in Behandlung / Therapie bei:	
Name	Anschrift
Telefon	

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Datenschutzhinweise: Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung der erforderlichen personenbezogenen Daten sind gemäß Art. 85 BayEUG zur Erfüllung der schulischen Aufgaben zulässig. Ihre Angaben verwenden wir ausschließlich für schulische Zwecke. Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen zur Aufgabenerfüllung erforderlich ist.