## AUFNAHMEANTRAG

Beruf

Tel. Mobil

Tel. Arbeit

E-Mail



für das Schuljahr in die Klassenstufe Bitte bereits bei der Anmeldung für Ganz- oder Halbtagsklasse entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nicht möglich. Lange Gruppe Kurze Gruppe Ganztagsklasse Mo-Fr: 8.00-12.30 Mo-Do:8.00-15.30 Mo-Do: 12.30-15.30 Mo-Do:12.30-14-30 Fr:8.00-12.30 Uhr Name, Vorname des Kindes Name, Vorname Geschlecht geboren am \_\_\_\_\_\_Geburtsort \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit Zuzugsdatum\_\_\_\_\_ Muttersprache Religionszugehörigkeit Krankenversicherung (freiwillige Angabe) Adresse Straße PLZ, Wohnort 1. Erziehungsberechtigte Mutter: Adresse wie Kind ja ☐ nein ☐ Vater: Adresse wie Kind ja ☐ nein ☐ ggfs. andere Adresse eintragen ggfs. andere Adresse eintragen Name Mutter Name Vater Vorname Vorname geb. am geb. am Geburtsort Geburtsort

Beruf

Tel. Mobil

Tel. Arbeit

bitte in deutlichen Druckbuchstaben schreiben

E-Mail

bitte in deutlichen Druckbuchstaben schreiben

2. Person, die das Kind betreut (falls nicht zugleich Erziehungsberechtigte/r)						
Art de	es Verhältnisses zum Kind (z.B. Verwandte(r) Pfle	gemutter/-vater, Heimleitung etc.				
Name	e, Vorname					
Ansch	nrift (falls von der Schüleradresse abweichend)					
E-Ma	il					
Telefo	on					
3. A	nzahl der Geschwister					
Gebu	urtsjahr(e)	Geschwisterkind an Montessorischule				
		ja, Klassenstufe (n)				
□ 5. Bi	vegetarisch ohne Mittagessen (nur möglich bei Mittagsbetre sher besuchte Einrichtungen Ihres Kindes	uung)				
1	. Kindergarten(nur bei Einschulung ausfüller	von bis				
2	. Aktuelle Schule(Name der Schule)	seit				
3	. Welche Schule wäre die Ihrem Wohnort zugeor	dnete Sprengelschule? (Sprengelschule)				
Wied	erholung von Klasse(n) □ nein □ ja Klasse	·				
Dürfe	n in den besuchten Einrichtungen ggfs. Information	nen eingeholt werden? □ ja □ nein				
6. Ge	ewünschter Religionsunterricht:   RK	□ EV □ ETH □ ORTH □ IL				
7. Wurde ihr Kind zurückgestellt?						
	ja 🗖 nein					

8. Motive für die Aufnahme in die Montessorischule Pfaffenhofen								
	☐ Wir haben Interesse an der pädagogischen Konzeption.							
$\Box$								
_	Wir wohnen in der Nähe der Schule.							
Ш	Mir wurde die Schule empfohlen von							
9. Was erhoffen Sie sich von unserer Schule?								
-								
10. Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?								
	Nein							
a)	Entwicklungsrückstand _							
b)	Seh- oder Hörschwäche							
c)	Bewegungsstörung _							
d)	Allergie							
e)	Sprachstörung _							
f)	schwere Krankheit							
44 11	-4 lb = 1/2 = 4 l	0						
_	at Ihr Kind Lernschwierigkeite	n?						
-\								
	Legasthenie/LRS _							
p)	Dyskalkulie _							
c)	Konzentrationsstörungen _							
d)	Sonstiges _							
12. Hat Ihr Kind sonstige Schwierigkeiten?								
	Nein							
a)	Verhaltensauffälligkeiten _							
b)	emotionale Störungen							
c)	Sonstiges							

13. Hat oder hatte Ihr Kind bestimmte Therapien/Förderungen/Behandlungen?							
		Nein					
I		Ja(Einrichtung)		(Zeitraum)			
Dürfen a	an	den jeweiligen Stellen ggfs. Informationen ei	ngeholt werden?	☐ ja ☐ nein			
14. Soı	ns	ige Ergänzungen					
•	An	n der Montessorischule Pfaffenhofen wird Schulgeld erhoben (siehe Gebührenordnung).					
		tte legen Sie dem Antrag, eine Kopie des letzten Zeugnisses und ein eventuell orhandenes <u>aktuelles Gutachten</u> bei.					
• 1	De	er Aufnahmeantrag muss von beiden Erziehungsberechtigten unterschrieben sein.					
Ort, Dat	tun						
Unterso	Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)  Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)						
		tzhinweis: Die Erhebung, Verarbeitung und gemäß Art. 85 BayEUG zur Erfüllung der s		n personenbezogener			
11. Vorgelegte Urkunden und Nachweise (nur von der Schule auszufüllen)							
		Geburtsurkunde					
		Familienstammbuch					
		Gesundheitsnachweise					
		ggf. schulpsychologisches Gutachten					
		Sorgerechtsbeschluss bei Alleinerziehe	nden				
		Masernschutz					