

Anmeldung v.7.10.-10.10.24 in der Zeit von 8.00 -11.00 Uhr und am Montag, 7.10. und Mittwoch 9.10. in der Zeit von 17.00-19.00 Uhr. Termine ab sofort telefonisch unter Tel.: 434351.

Personalien des Kindes

Name		
Vorname/n (Rufname bitte unterstreichen)		
Straße, PLZ, Ort		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	Geburtsort
Religion <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> sonst. _____ <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis, Familie wünscht Teilnahme am <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. Religionsunterricht <input type="checkbox"/> nicht		
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Staatsangehörigkeit: _____		

Personalien der Erziehungsberechtigten

Erziehungsberechtigt ist bzw. sind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige _____	
Name, Vorname der Mutter	E-Mail
Straße, PLZ, Ort	Telefon/Handy
Name, Vorname des Vaters	E-Mail
Straße, PLZ, Ort	Telefon/Handy
Kontaktperson:	Notfallnummer:
Geburtsland Mutter: _____ Geburtsland Vater: _____	Zuzug/Umzug nach Deutschland Jahr: _____ <input type="checkbox"/> Flüchtling
Welche Sprache sprechen Sie zu Hause? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____	<input type="checkbox"/> HSU türkisch <input type="checkbox"/> HSU arabisch HSU sonstiges _____

Sonstige Angaben

Besuch des Kindergartens <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> kein Kindergarten <input type="checkbox"/> integrativ betreut
Name des Kindergartens _____ <input type="checkbox"/> Sprachförderung
Besondere Angaben (sehen, hören, sprechen, Allergien, Medikamente o. ä.) _____
Nimmt ihr Kind an einer besonderen Fördermaßnahme teil? (z.B. Logopädie, Ergotherapie oder anderes?) _____
Wenn möglich, soll mein Kind mit _____ in eine Klasse gehen (1 Wunsch).
Zweitwunsch Schule: _____

Ich benötige für mein Kind einen **Betreuungsplatz**:

bis **13.20 Uhr** **oder** **16.00 Uhr.**

Die Arbeitsbescheinigung liegt vor . Wird nachgereicht .

Unser Kind ist in Besitz einer **YouCard** (Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabegesetz) ja nein

YouCard-Nr. _____

Bei Schulwechsel (bisherige Grundschule)

Einschulung am:

Name der Grundschule:

Veröffentlichung von Fotos / Daten auf der Schulhomepage

Wir sind / Ich bin damit einverstanden / nicht einverstanden, dass die von den Lehrkräften der Selmigerheideschule von unserem / meinem Kind im Rahmen schulischer Veranstaltungen gefertigten Bildnisse in Form von Fotos, Zeichnungen und dergleichen im Rahmen von Schulveranstaltungen und auf der Schulhomepage / in der örtlichen Presse veröffentlicht werden dürfen.

ja nein

Schweigepflichtentbindung Schulsozialarbeit / Bildungsbegleitung

Hiermit erteile/n wir / ich der Selmigerheideschule und den folgenden Einrichtungen an der Schule die Erlaubnis, sich über Belange, die die schulische Entwicklung unseres / meines Kindes betreffen, auszutauschen, falls es erforderlich ist:

Schulsozialarbeiterin ja nein
Bildungsbegleiter ja nein

Wir können / Ich kann die einmal erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen. Unserem / Meinem Kind entstehen durch die Ablehnung oder den Widerruf der Einwilligung keine Nachteile.

Hamm, den _____
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)