

Schuljahr 2026/2027



Eingang:

Anmeldung Grundschule Glandorf

(Bitte in Druckschrift ausfüllen sowie Zutreffendes ankreuzen)

Angaben zur Person	Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____ in: _____ in Deutschland seit: _____ Geburtsurkunde *: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Impfschutz Masern *: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein * Kopien einreichen!
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit	_____
Konfession	<input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Anschrift	Straße: _____
	PLZ/Ort: _____
Fahrschüler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Entfernung über 2 km) Linie _____ Haltestelle _____

Name der Eltern mit Geburtsdatum, Geburtsort-/land Beruf und Arbeitsstelle (evtl. abweichende Adresse)	Mutter: _____ _____
	Vater: _____ _____
Telefonnummer Festnetz	_____ _____
Telefonnummer Handy	Mutter: _____ Vater: _____ _____
Telefon Notfallnummer (Arbeitsstelle, Großeltern etc.)	_____ _____
E-Mail-Adresse	_____ _____ _____
Sorgeberechtigte Bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten: - Alleiniges Sorgerecht? - Gerichtsurteil / Sorgerechtserklärung vorgelegt? <u>(Kopien einreichen)</u>	<input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstsprache des Kindes / Herkunftssprache	_____ _____
Verbindliche Anmeldung für die Betreuung in der 6. Unterrichtsstunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besuch vorschulischer Einrichtung seit: _____ <input type="checkbox"/> kein Kindergartenbesuch	Name des Kindergartens: _____
	Name der Gruppe: _____
	Name der/des Erzieherin/s: _____

Liegen für den Schulbereich bedeutsame Erkrankungen oder Behinderungen vor?

ja nein

Welche: _____

Vor der Einschulung durchgeführte Maßnahmen (Name der Einrichtung)

Ergotherapie _____

Logopädie _____

Psychomotorik _____

Kinder- und Jugendpsychiatrie _____

Unverträglichkeiten in Bezug auf Nahrungsmittel / Allergien / Medikamente

Datum und Unterschrift der Eltern _____

