



Drost-Rose-Realschule

Anmeldung zur Aufnahme in die Klasse _____ Schuljahr 20____

Schülerdaten		
Name:	Vorname:	Weitere Vornamen:
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort, Ortsteil):		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	
weitere Staatsangehörigkeit:		
Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zuzug nach Deutschland:	
Verkehrssprache in der Familie:		
Geschwisterkind an unserer Schule:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name und Klasse Geschwisterkind:		

Schullaufbahn		
Jahr der Einschulung (Grundschule):		
Name der derzeitigen Schule:		
Klassenlehrer/-in:		
Besuchte Schule(n):	Klasse:	Besuch bis Klasse:
Klasse wiederholt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klasse:	
Besonderheiten in der bisherigen Schullaufbahn?		

Sprachenfolge (nur ab 7. Klasse)	von Klasse:	bis Klasse:
1. Fremdsprache:		
2. Fremdsprache:		
Differenzierungsfach:		

Übergangsempfehlung	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> e. Gymnasium
<input type="checkbox"/> e. Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium
<input type="checkbox"/> Realschule	
Interesse Musikklasse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Fahrkartenantrag: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitschülerwunsch:	

Erziehungsberechtigte	
Mutter:	Vater:
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsort/-land:	Geburtsort/-land:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon dienstl.:	Telefon dienstl.:
Handy:	Handy:
Email:	Email:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift, sofern abweichend:	Anschrift, sofern abweichend:
Besteht sonderpädagogischer Förderbedarf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Förderschwerpunkt	<input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> ESE (emotionale und soziale Entwicklung) <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> (sonstiger)
Wird Ihr Kind durch Integrationshilfe unterstützt?	
Liegt eine Diagnose bei LRS vor?	
Liegt eine Diagnose bei ADS/ADHS vor?	
Gibt es Medikamente, die Ihr Kind regelmäßig einnimmt?	
Liegen gesundheitliche Beeinträchtigungen (z.B. Allergien, Asthma, Diabetes, Medikation etc.) vor ?	
Besteht Impfschutz (Masern/MMR): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorlage Impfpass)	
Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gem. § 34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG): Die Belehrung zum Infektionsschutzgesetz habe ich / haben wir erhalten und zur Kenntnis genommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wir haben Anspruch auf das Bildungs- u. Teilhabepaket: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei Unterrichtsausfall in der 7., 8. oder 9. Stunde kann unser / mein Kind ohne vorherigen Anruf vorzeitig nach Hause kommen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, alle für die Schule relevanten Änderungen umgehend mitzuteilen.	

Lippstadt, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Von der Schule auszufüllen!

Ein Beratungsgespräch wegen

Schulformwechsel

wegen abweichender Schulformempfehlung

wurde am _____ mit der Schulleitung geführt.

Lippstadt, den _____

Unterschrift Schulleitung