

Schullaufbahn	
Haben Sie bereits eine Absage von der Gesamtschule oder einer anderen Schulform erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der ablehnenden Schule:	
Jahr der Einschulung (Grundschule):	<input type="checkbox"/> 2019 <input type="checkbox"/> 2020
Name der derzeitigen (Grund-)Schule:	
Klasse Grundschule:	
Klassenlehrer*in:	
Weitere besuchte Schule(n):	Besuch in Klasse:
Klassenwiederholung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche Klasse?
Noten Klasse 4	Deutsch <input type="checkbox"/> Sachunterricht <input type="checkbox"/> Sprachgebrauch <input type="checkbox"/> Mathematik <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Rechtschreiben <input type="checkbox"/>
Schwimmen	Mein Kind kann schwimmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwimmabzeichen:	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Seepferdchen <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silber <input type="checkbox"/> Gold
Übergangsempfehlung	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Gymnasium	

Individuelle Förderung	
Sonderpädagogischer Förderbedarf gem. AO-SF	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Förderschwerpunkt	<input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> ESE <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> (sonstiger)
Auffälligkeiten (* Diagnose in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> ADS/ADHS <input type="checkbox"/> Diskalkulie
Gesundheit:	
Gibt es Medikamente, die Ihr Kind regelmäßig einnimmt?	
Besteht Impfschutz (Masern/MMR):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vorlage Impfpass)
Gibt es gesundheitliche Beeinträchtigungen ihre Kindes?	
Sonstiges	
Wir haben Anspruch auf das Bildungs- u. Teilhabepaket.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Belehrung zum Infektionsschutzgesetz habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Einwilligung zur Verwendung von Personenabbildungen und personenbezogenen Daten in der Schul- und Klassenkommunikation habe ich gegeben.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Unterrichtsausfall in der 7., 8. oder 9. Stunde kann mein Kind ohne vorherigen Anruf vorzeitig nach Hause kommen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Idee, wie Sie sich als Eltern in der Schule engagieren können (z.B. Klassenpflegschaft, Förderverein, Angebot für Unterstützung in Projektwochen oder AGs)?	

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, alle für die Schule relevanten Änderungen (Telefonnummer, Adresse, Sorgerecht) umgehend mitzuteilen.

Lippstadt, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r