

Datum der Anmeldung:.....

*Bitte in Blockschrift ausfüllen!*

Anmeldung zum Schulaufnahmeverfahren für das Schuljahr 2024/2025

An der Grundschule „Schule des Friedens“, Görziger Str. 64, 15848 Rietz-Neuendorf

(zuständige Grundschule)

Regeleinschulung                       Einschulung nach Zurückstellung                       Zuzug (Einschulungsdatum: \_\_\_\_\_)  
 vorzeitige Einschulung                       Zurückstellung wird beantragt

**Daten des Kindes** (gemäß Datenschutzverordnung Schulwesen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache	
Aufenthaltsstatus**	Seit wann wohnhaft in Deutschland:
Religion*	
Wohnanschrift	
Bisher besuchte Kita	<input type="checkbox"/> Hauskind

Sorgeberechtigte	Name	Vorname	Familienstand
Mutter			
Vater			
andere			

Daten der Sorgeberechtigten	Mutter	Vater
Wohnanschrift		
Arbeitsstelle		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
Mailadresse		

(\* - freiwillige Angaben, \*\* - nur bei fremdsprachigen Kindern ausfüllen)

Weitere Angaben zum Kind

<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
<b>Einnahme von Medikamenten</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein
<b>erhielt oder erhält Ihr Kind</b>	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> andere:	
<b>Regelmäßige ärztliche Behandlung</b>	<input type="checkbox"/> HNO <input type="checkbox"/> Augenarzt <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> SPZ <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> andere:	
<b>Schwerbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> ja, welche: Grad der Behinderung:	<input type="checkbox"/> nein
<b>Ist Ihr Kind ein Integrationskind?</b>	<input type="checkbox"/> ja, Förderschwerpunkt:	<input type="checkbox"/> nein

Besondere Hinweise der Sorgeberechtigten	
--	--

Welchen Hort wird Ihr Kind besuchen?
--------------------------------------

**Geschwister Ihres Kindes:**

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Geburtsdatum
1			
2			
3			

**Wahl von Ersatzschulen:**

Wird eine Ersatzschule (private Schule) gewünscht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> -- nein
Wenn ja, welche:

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Fotos meines / unseres Kindes für Schul- und Medienzwecke verwendet werden dürfen.
Bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

- Vorgelegte Nachweise:
- Geburtsurkunde des Kindes
  - Personalausweis der Sorgeberechtigten
  - Nachweis über die Teilnahme an der Sprachstandsfeststellung
  - Stellungnahme zur schulärztlichen Untersuchung
  - Impfnachweis Masern
  - Kopie von der Krankenversicherungskarte

Die Erhebung und die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes und der Datenschutzverordnung Schulwesen - DSV.

Die Angaben sind vollständig und richtig. Änderungen teile ich / teilen wir umgehend und unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Vater