

Datum der Anmeldung:.....

*Bitte in Blockschrift ausfüllen!*

Anmeldung zum Schulaufnahmeverfahren für das Schuljahr 2026/2027

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<br><input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Logopädie<br><input type="checkbox"/> andere:                                                            |                               |
| <b>Regelmäßige ärztliche Behandlung</b>   | <input type="checkbox"/> HNO<br><input type="checkbox"/> Augenarzt<br><input type="checkbox"/> Orthopädie<br><input type="checkbox"/> SPZ<br><input type="checkbox"/> Psychologie<br><input type="checkbox"/> andere: |                               |
| <b>Schwerbehinderung</b>                  | <input type="checkbox"/> ja, welche:<br>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<br>Sorgeberechtigten |  |
|---------------------------------------------|--|

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

**Geschwister Ihres Kindes:**

| Lfd. Nr. | Familiennamen | Vorname | Geburtsdatum |
|----------|---------------|---------|--------------|
| 1        |               |         |              |
| 2        |               |         |              |
| 3        |               |         |              |

**Wahl von Ersatzschulen:**

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

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

- Vorgelegte Nachweise:
- ☐ Geburtsurkunde des Kindes
  - ☐ Personalausweis der Sorgeberechtigten
  - ☐ Nachweis über die Teilnahme an der Sprachstandfeststellung
  - ☐ Stellungnahme zur schulärztlichen Untersuchung
  - ☐ Impfnachweis Masern
  - ☐ Kopie von der Krankenversicherungskarte
  - ☐ Ärztliche Diagnosen wenn vorhanden

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

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

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

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