A N M E L D E B O G E N
Hans-Schwarze Grundschule

Topsundernweg 1 8
3 2 6 0 2 Vlotho Valdorf
Telefon 0 5 7 3 3 – 3 1 2 1

Persönliche Daten des Schülers / der Schülerin	
Nachname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geschlecht:
Wohnanschrift:	
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Konfession:	Verkehrssprache in der Familie:
ev. Religionsunterricht ☐ ja ☐ nein	Zuzugsjahr:

Angaben zu den Erziehungsberechtigten	
Nachname der **Mutter**:	Nachname des **Vaters**:
Vorname:	Vorname:
Geburtsland:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Telefon (mobil):	Telefon (mobil):
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:
falls abweichend von o.g. Anschrift:	
Straße:	Straße:
Wohnort:	Wohnort:

Sorgerecht				
beide: ☐	Mutter: ☐	Nachweis ☐	Vater: ☐	Nachweis ☐
besuchter Kindergarten:		Dauer d. Kindergartenbesuchs:		
Geschwister an unserer Schule: ☐ ja ☐ nein				

Klassenwunsch
Wenn möglich, soll unser Kind mit folgendem Kind in eine Klasse kommen:

Wird eine Busfahrkarte benötigt? Schulweg / Fußweg mehr als 2 km?
Haltestelle:

Mein Kind hat bereits Sprachtherapie erhalten:	☐ **ja**	☐ **nein**
Mein Kind hat bereits Ergotherapie erhalten:	☐ **ja**	☐ **nein**
Mein Kind hat Sprachförderung nach “Delfin-Test“ erhalten:	☐ **ja**	☐ **nein**
Mein Kind leidet an Allergien oder hat Vorerkrankungen:	☐ **ja**	☐ **nein**
Wenn ja, welche?		

Datum: Datum:

_____ _____

(Unterschrift Erziehungsberechtigter) (Unterschrift Erziehungsberechtigter)