

Aufnahmedatum: _____ Klasse: _____

Anmeldeformular der GHS-Korschenbroich

Zur Anmeldung bitte mitbringen: generell Stammbuch; Impfausweis (Masernimpfung);
 für Grundschüler: Anmeldeschein, Zeugnisse der Grundschule aus der 1.- 4. Klasse (1. Halbjahr),
 für andere Schüler: letztjährige Zeugnisse, aktuelles Zeugnis

Schülerdaten

Name			Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> d	Namenszusatz	
Straße/Hnr.					
PLZ/Ort			Fahrschüler	<input type="checkbox"/> Ja	Anspruch Deutschlandticket <input type="checkbox"/> Ja
Ortsteil			Haltestelle		
Telefon			Geburtsdatum		
Geb.ort/-land			Konfession	<input type="checkbox"/> KR <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> ISL <input type="checkbox"/> gr. orth. <input type="checkbox"/> ohne B. <input type="checkbox"/> _____	
Staatsangeh.	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____		Zuzugsjahr		
Geb.land Mutter		Geb.land Vater		Verkehrssprache zuhause	
Behinderung/Besonderheit	ADS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / ADHS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Sonstige Behinderung/Besonderheit					
Förderbedarf seit: _____	ES <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> SH <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> seit: _____				
Masernschutzimpfung(2-fach Impfung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Kopie des Impfpasses	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Erzieherdaten

Art der Vertretung	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sorgerecht			
1. Person		2. Person		
Anrede/Titel		Anrede/Titel		
Name		Name		
Vorname		Vorname		
Straße/Hnr.		Straße/Hnr.		
PLZ/Ort		PLZ/Ort		
Telefon/Mobil		Telefon/Mobil		
*Email		*Email		

Weitere Ansprechpartner	
Telefon/Mobil	

Schulbesuch

Name/Ort/der Grundschule(n)						
Eintrittstermin der Grundschule						
Klasse / Schuljahr	1.	2.	3.	4.		
Wiederholung von Klassen	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>		
Entlassungstermin der Grundschule						
Name/Ort/Klasse derzeitige Schule						
Eintrittstermin						
Klasse / Schuljahr	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Wiederholung von Klassen	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/>
Entlassungstermin						

Schulformempfehlung (nur für GrundschülerInnen)

Schulformempfehlung	<input type="checkbox"/> HS/GE/SEK	<input type="checkbox"/> RS/GE/SEK	<input type="checkbox"/> GY/GE/SEK
Weitere Empfehlung mit Einschränkung	<input type="checkbox"/> RS	<input type="checkbox"/> GY	<input type="checkbox"/> keine weitere Empfehlung

Sonstige Daten

*Anzahl Kinder in der Familie	
*Geschwister an unserer Schule (Name/Klasse)	

*Freiwillige Angaben

Korschenbroich, den

Unterschrift eines Sorgeberechtigten / beider Sorgeberechtigter (bei getrennt Lebenden)