

Foto des Kindes

## Schulanmeldung - Personalbogen -

Anmeldung zum \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind: (Bitte leserlich schreiben !)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Staatsangeh.: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Wunsch nach Beschulung an einer Konfessionsschule: ☐ ja ☐ nein  
Teilnahme am Religionsunterricht: ☐ katholisch, ☐ nein  
Einschulung im Jahr \_\_\_\_\_ an der \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Erziehungsberechtigte/Erklärungen zum Sorgerecht:

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Anmerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_  
Stellung in der Geschwisterkette: 1 2 3 4 5 6  
Geschwisterkind an der Lohschule: Ja: ☐ Nein: ☐

### Vorschulentwicklung:

Kindergarten/Gruppe: \_\_\_\_\_  
Kindergartenbesuch seit: \_\_\_\_\_  
☐ Integrationsplatz im Kindergarten

### Migrationshintergrund:

des Kindes                      der Mutter                      des Vaters

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Zuzugsjahr: \_\_\_\_\_

Verkehrssprache der Eltern: \_\_\_\_\_

Seiteneinsteiger\*: ☐ ja                      ☐ nein                      \*(länger als 2 Jahre in Deutschland/Deutsch als Zweitsprache)

### Laufende Therapien:

- Logopädie                      seit wann? \_\_\_\_\_                      Praxis: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie:                      seit wann? \_\_\_\_\_                      Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_:                      seit wann? \_\_\_\_\_                      Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_:                      seit wann? \_\_\_\_\_                      Praxis: \_\_\_\_\_
- Erziehungsberatungsstelle:                      seit wann? \_\_\_\_\_
- Kinderklinik:                      ☐ Abteilung: Phoniatrie/Pädaudiologie  
                                                 ☐ Abteilung: Sozialpädiatrie  
                                                 ☐ Abteilung: \_\_\_\_\_

### Körperliche Beeinträchtigungen:

Praxis: \_\_\_\_\_

### Medikamente/Allergien:

Praxis: \_\_\_\_\_

### Es besteht kein Impfschutz gegen:

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Masern (Impfausweis als Nachweis!!!)  
Mumps  
Windpocken  
Röteln

### Betreuung/ OGS

Voraussichtliche Buchung der OGS / der VGS: ☐ OGS (bis 16h)                      ☐ VGS (bis 13.30h)

- ☐ Ich bin/Wir sind darauf hingewiesen worden, dass unmittelbar vor bzw. nach den Ferien und vor bzw. nach einem Feiertag im Krankheitsfall meines/unseres Kindes eine Attestpflicht besteht.

### Wünsche für eine/n Klassenkameradin/Klassenkameraden: (keine Garantie !!!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort + Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten