

Anmeldung

Schuljahr _____

EICHENDORFF-SCHULE, Grundschule des Wetteraukreises

61194 Niddatal-Ilbenstadt, Schulstraße 34

Tel: 06034/2193, Fax: 06034/ 939941, Email: poststelle@eint.niddatal.schulverwaltung.hessen.de

Ersteinschulung

zum 01.08.20_____

Schülerin/Schüler: weibl. männl.

Familienname: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Geburtsort: _____

PLZ

Wohnort

Stadtteil

Straße/ Hausnummer

Staatsangehörigkeit: deutsch

sonstige: _____

Bei ausländischen Kindern: in Deutschland seit: _____

Familiensprache: _____

Religionszugehörigkeit: ev. rk. sonstige: _____

Krankenversicherung: _____

Wichtige Informationen für die Schule (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigung, Allergien, körperliche Behinderung, Medikamente, ...):

*)

Kindergartenbesuch: ja nein

Name des Kindergartens: _____

Wurden bereits Fördermaßnahmen veranlasst/durchgeführt? ja nein

Warum? _____

Wo? _____

Anzahl der Geschwister: _____

*) freiwillige Angaben

Eltern:

Mutter

erziehungsberechtigt

ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Beruf *) _____

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/ des Schülers)

Herkunftsland: _____

Tel. privat: _____

dienstl.: _____

mobil: _____

E-Mail _____

Vater

erziehungsberechtigt

ja nein

Name: _____

Vorname: _____

Beruf *) _____

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/ des Schülers)

Herkunftsland: _____

Tel. privat: _____

dienstl.: _____

mobil: _____

E-Mail _____

Zusätzliche Notfallnummern, wenn die Eltern nicht erreichbar sind:

Name: _____ Tel.: _____

Name: _____ Tel.: _____

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort

Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

*) freiwillige Angaben

Name/Anschrift Erziehungsberechtigte(r)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die Leiterin /der Leiter des Kindergartens

_____ in _____
Name des Kindergartens Ort/ Ortsteil

berechtigt ist, Frau Bös, Schulleiterin der Eichendorff-Schule Niddatal bzw. beauftragten Lehrkräften, Informationen zur Schulfähigkeit meines Kindes

_____ zu geben.
Name, Vorname des Kindes

_____ Datum

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)