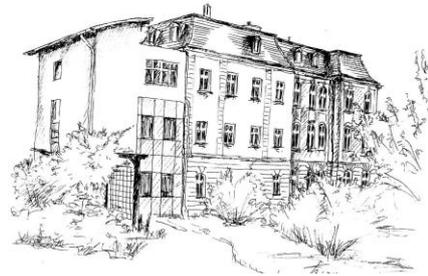


# Aufnahmeantrag

Anmeldung zum Besuch der:

Katholischen Grundschule  
„Pfarrer Florian Birnbach“  
Frankfurter Str. 3a  
15898 Neuzelle



zum Schuljahr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 1. Daten des Kindes:

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum und -ort	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift	

## 2. Daten der Eltern (Sorgeberechtigten):

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift (sofern diese von der des Kindes abweicht)	
Telefon privat:	
dienstlich:	
Beruf	

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Wohnanschrift (sofern diese von der des Kindes abweicht)	
Telefon            privat:	
dienstlich:	
Beruf	

3. Sorgerecht:

- gemeinsam
- abweichend:

---

4. Erklärung:

1. Ich/Wir erkläre/n mich/uns mit der Verwendung der erfassten Daten für schulische Zwecke einverstanden.
2. Diese Anmeldung ist unverbindlich. Eine Rechtsverbindlichkeit entsteht erst durch Abschluss eines Vertrages.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten)

# Fragebogen zum Aufnahmeantrag

Vor- und Nachname Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Angaben zu bisherigen Bildungseinrichtungen:

Name und Ort der bisher besuchten Kindertagesstätte oder sonstigen Institution	
--	--

Zuständige staatliche Grundschule (nach Wohnortprinzip):

Name und Ort der Schule	
-------------------------	--

Ergebnis der Sprachstandsfeststellung gemäß § 37 Abs. 2 Brandenburgisches Schulgesetz:

Mein/unsere Kind hat am Verfahren zur Sprachstandsfeststellung im Jahr vor der Einschulung teilgenommen ( <b>bitte Kopia beifügen</b> ).
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Bei meinem/unsere Kind wurde ein Sprachförderbedarf festgestellt.
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Soll Ihr Kind vorzeitig eingeschult werden?

JA  NEIN

Wurde bei Ihrem Kind eine Hochbegabung festgestellt oder besteht ein Verdacht hierzu?

JA                       NEIN

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Wurde bei Ihrem Kind eine Behinderung oder chronische Krankheit festgestellt oder besteht ein Verdacht hierzu?

JA                       NEIN

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Benötigt Ihr Kind folgende Therapien?

Logopädie                       Physiotherapie                       Ergotherapie

Sonstiges \_\_\_\_\_

Sind besondere Maßnahmen und/oder Hilfsmittel für Ihr Kind zur Teilnahme am Unterricht notwendig?

JA

NEIN

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Interessen Ihres Kindes:

---

---

---

---

---

Hinweise/Wünsche:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern (Sorgeberechtigten)