



Albert-Schweitzer-Schule

Grundschule des Kreises Offenbach

Eintritt am:	_____
Klasse:	_____
LUSD:	_____
Excel:	_____

Schulanmeldung - Schuljahr _____

Schülerin / Schüler: Name: _____ Vorname: _____ (Rufname bitte unterstreichen!) geboren am: in _____ Straße*: _____ PLZ, Ort: _____ Erziehungsberechtigte*: <table border="0"> <tr> <td>Mutter</td> <td>Vater</td> </tr> <tr> <td>Name: _____</td> <td>Name: _____</td> </tr> <tr> <td>Vorname: _____</td> <td>Vorname: _____</td> </tr> <tr> <td>Telefon: _____</td> <td>Telefon: _____</td> </tr> </table> Email-Adresse der Familie (für die Kommunikation mit der Schule): _____ Anschrift des getrenntlebenden Erziehungsberechtigten: Straße*: _____ PLZ, Ort: _____	Mutter	Vater	Name: _____	Name: _____	Vorname: _____	Vorname: _____	Telefon: _____	Telefon: _____	Staatsangehörigkeit: 1. _____ 2. _____ Besucht eine Kita: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name der Einrichtung: _____ seit (Datum): _____ Getauft: Ev. <input type="checkbox"/> Kath. <input type="checkbox"/> Sonst. <input type="checkbox"/> Teilnahme am Religionsunterricht: **: Ev. <input type="checkbox"/> Kath. <input type="checkbox"/> Ethik <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt sind/ist ... (zutreffendes bitte ankreuzen): * <input type="checkbox"/> beide Eltern (zusammenlebend). <input type="checkbox"/> beide Eltern (getrenntlebend). <input type="checkbox"/> nur die Mutter (alleinerziehend). <input type="checkbox"/> nur der Vater (alleinerziehend). <input type="checkbox"/> Sonstige Personen: _____
Mutter	Vater								
Name: _____	Name: _____								
Vorname: _____	Vorname: _____								
Telefon: _____	Telefon: _____								

Wichtige Informationen für die Schule: (gesundheitliche / körperliche Beeinträchtigungen, Allergien, ...) _____ Entsprechende Berichte (Kita, Kinderarzt, SPZ, Logopädie, Ergotherapie, ...) können ggf. weiter Aufschluss geben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Impfstatus: Tetanusimpfung: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Masernschutz: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein (Bitte Kopie des Impfpasses beilegen bzw. Impfpass vorlegen)	Weitere Angaben: Teilnahme am muttersprachlichen Unterricht erwünscht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ggf. Sprache: _____
---	---

Bei ausländischen Kindern: In Deutschland seit: _____ Herkunftsland: _____ Sprache, die zu Hause gesprochen wird: _____	Bei Zuzug im laufenden Schuljahr: Ehemalige Adresse (Straße, PLZ, Ort): _____
--	--

Die Albert-Schweitzer-Schule ist eine ganztägig arbeitende Grundschule im **“Pakt für den Nachmittag“**. Zur Anmeldung Ihres Kindes für das zusätzliche unterrichtsergänzende Angebot bis 14:30 Uhr bzw. bis 17:00 Uhr verwenden Sie bitte das gesonderte Formular **“Antrag auf Nutzung des unterrichtsergänzenden Angebotes an der Albert-Schweitzer-Schule“**.

Um zu gewährleisten, dass **hausintern** alle Informationen ausgetauscht werden können, die im Zusammenhang mit der körperlichen, seelischen und schulischen Entwicklung meines Kindes stehen, entbinde ich folgende Personenkreise / Institutionen untereinander von ihrer Schweigepflicht: MitarbeiterInnen der zuständigen Kindergärten, Schulleitung der ASS, Lehrkräfte der ASS, MitarbeiterInnen der 'Freizeitvilla' (Betreuung) sowie die Mitarbeiterin der Schulsozialarbeit.

Ich nehme die Schweigepflichtsentbindung zur Kenntnis und versichere, dass diese Schulanmeldung mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigter erfolgt. Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Neu-Isenburg, den _____ Datum _____ Unterschrift eines Sorgeberechtigten _____

* Über Änderungen informieren Sie die Schule bitte unverzüglich!
 ** Eine An- bzw. Abmeldung zum Religions-Unterricht kann immer nur zu Beginn eines Schulhalbjahres erfolgen!
 Hinweis: Diese Erhebung findet gem. § 12 Abs. (4) HDSG in Verbindung mit § 1 Abs. (1) der 'Verordnung über personenbezogene Daten in Schulen statt'.