

Anmeldebogen Grundschule in Neukichen-Vluyn

Name des Kindes:		Vorname/n des Kindes:	
Geburtsdatum:		Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	
Straße:		PLZ/Wohnort:	
Geburtsland:		Geburtsort:	
Konfession: evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> moslemisch <input type="checkbox"/> keine Konfession <input type="checkbox"/>			
Falls Ihr Kind keiner oder einer anderen als der katholischen oder evangelischen Konfession angehört: An welchem Religionsunterricht soll Ihr Kind teilnehmen? evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/>			
Welche Kita besucht ihr Kind?			
1. Staatsangehörigkeit:		2. Staatsangehörigkeit:	
Migrantenstatus: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Zuzugsjahr:	
Muttersprache: HSU gewünscht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Gesprochene Sprache(n) in der Familie:	
Geburtsland Mutter:		Staatsangehörigkeit Mutter:	
Geburtsland Vater:		Staatsangehörigkeit Vater:	
<u>Sorgeberechtigte:</u>			
Name / Vorname der Mutter:			
Name / Vorname des Vaters:			
PLZ / Wohnort:		Straße:	
tagsüber erreichbar Tel.-Nr.:		E-Mail:	
Eltern leben: <input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> dauernd getrennt <input type="checkbox"/> Mutter und Vater gemeinsam sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Mutter sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Vater sorgeberechtigt Kind wohnt bei <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater			
<u>Weitere Anschrift bei getrennt lebenden gemeinsam sorgeberechtigten Elternteilen:</u>			
Bei gemeinsamer Sorge müssen beide Elternteile diese Anmeldung unterschreiben!			
<u>Bei Unfall verständigen:</u>			
Vertreter für den Notfall:			
Telefon des Vertreters:			
<u>Zusätzliche Angaben:</u>			
Ich wünsche eine Anmeldung in der offenen Ganztagschule ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>			
Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes: (Therapien/Medikamente/Allergien/Erkrankungen/...)			

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte/r