Albert-Schweitzer-Schule
Gemeinschaftsgrundschule der Stadt Siegen

Amselweg 14 · 57078 Siegen
Telefon: 0271/83974
E-Mail: 134855@schule.nrw.de
www.albert-schweitzer-schule-siegen.de

Schulanmeldung

☐ Schulwechsel ☐ Einschulung

Vorname: _____ ☐ männlich ☐ weiblich

Name: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Zuzug nach Deutschland (Monat/Jahr): _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familiensprache: _____

Konfession: kath. ❑ ev. ❑ isl. ❑ ohne Konf.: ❑ andere Konf.: _____

Kindergarten (Name, Anschrift): _____

_____

seit (Monat/Jahr): _____

gemeinsames Sorgerecht ❑: verheiratet ❑ unverheiratet ❑ getrennt ❑

Bei getrenntlebenden Partnern:
Informationsweitergabe an beide Erziehungsberechtigte: ja ❑ nein ❑

alleiniges Sorgerecht ❑: Mutter ❑ Vater ❑
(Bei alleinigem Sorgerecht Bescheinigung vom Gericht/Jugendamt einreichen)

Vater (Nach-, Vorname): _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (Straße, Ort): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mutter (Nach-, Vorname): _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (Straße, Ort): _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

- Teilnahme am Religionsunterricht: ev. ☐ kath. ☐ isl. ☐ nein ☐
- Teilnahme am Schulgottesdienst: ja ☐ nein ☐
- Teilnahme am Herkunftssprachlichen Unterricht: ja ☐ nein ☐

  (Sprache: _____)

- Teilnahme an OGS/Betreuung nach der Schule benötigt: ja ☐ nein ☐
- Masernschutz erbracht (Kopie mitbringen): ja ☐ nein ☐
- Fotos und Aufnahmen von meinem/unserem Kind dürfen (ohne Angabe von Namen) auf der Homepage/in der Zeitung/im Fernsehen veröffentlicht werden (unzutreffendes bitte streichen): ja ☐ nein ☐
- Eine Zecken-/ Splitterentfernung darf durchgeführt werden: ja ☐ nein ☐
- Bei meinem/unserem Kind liegen Erkrankungen / Allergien vor: ja ☐ nein ☐

  Wenn ja, welche: _____

  _____

  (Ärztliche Berichte/Gutachten über die das Schulpersonal unterrichtet sein muss, sind einzureichen)

- Integrationskraft vorhanden:
  - in Kindergarten ja ☐ nein ☐
  - in Schule ja ☐ nein ☐
- Sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt: ja ☐ nein ☐

Bei Schulwechsel

- Name und Anschrift der abgebenden Schule, Klasse und Klassenleitung:

  _____

  _____

  _____

  _____

  Ort: _____

  Datum: _____

  Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

  _____