

## Angaben zum Kind:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.  
Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Teilnahme am Religionsunterricht:  katholisch  evangelisch  praktische Philosophie  
Spätaussiedler: \_\_\_\_\_ Zuzugsjahr: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben:

Migrationshintergrund: ja  nein   
Geburtsland des Kindes: \_\_\_\_\_ Sprache in der Familie: \_\_\_\_\_  
Geburtsland der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsland des Vaters: \_\_\_\_\_

## Einschulung:

Einschulungsjahr in GS: \_\_\_\_\_ Einschulungsart:  normal  vorzeitig  zurückgestellt Übergangsempfehlung in Kl. 5  
 HS  RS  GE/SEK  GY

Jahr des Wechsels in Sek I: \_\_\_\_\_ Erste Schulform in Sek I:  HS  RS  GE/SEK  GY

## Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Wer ist erziehungsberechtigt:  Vater  Mutter  beide Elternteile  Sonstige: \_\_\_\_\_

Frau	Herr
Name: _____	_____
Vorname: _____	_____
Straße: _____	_____
PLZ, Ort: _____	_____
Email: _____	_____

Notfall-Tel-Nr. <input type="checkbox"/>	Hausanschluss	_____
<input type="checkbox"/>	Arbeitsstelle Mutter	_____
<input type="checkbox"/>	Handy Mutter	_____
<input type="checkbox"/>	Arbeitsstelle Vater	_____
<input type="checkbox"/>	Handy Vater	_____
<input type="checkbox"/>	andere berechtigte Personen	_____

bitte wenden

**Schulbesuch:**

Schuljahr	Klasse	Schule

**Sonderpädagogische Förderung**

**oder laufendes Verfahren zur Überprüfung des Bedarfs :**       ja       nein

Haupt-Förderschwerpunkt:

Weiterer Förderschwerpunkt:

- Emotionale und soziale Entwicklung
- Sprache
- Körperbehinderung
- Lernen

\_\_\_\_\_

**Wichtig:**

Sollte für Ihr Kind sonderpädagogischer Förderbedarf bestehen, so sind Sie verpflichtet, uns dies mitzuteilen und die Unterlagen vorzulegen.

---

**Laufbahn – Info / Vermerke:**

Folgende Klasse wurde wiederholt. \_\_\_\_\_

Krankheiten / Behinderungen: \_\_\_\_\_  
(nur zu Unterrichtszwecken notwendige Angaben)

**Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente nehmen?**       ja /    nein

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

---

Vorlage des letzten Zeugnisses:       ja /    nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten für den Dienstgebrauch gespeichert werden.

Wiehl, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten