



Alt - Schmargendorf - Grundschule

Anmeldung

Schuljahr 20/21

Name / Vorname des Kindes m w

Geburtsdatum : Geburtsort :

Staatsangehörigkeit :

Welche Sprachen werden Zuhause gesprochen :

Muttersprache :

Kind wohnhaft bei : Eltern Mutter Vater sonstige Personen
sonstige Personen:

Anschrift :

Name/Vorname der Mutter Tel.Nr.

Name/Vorname des Vaters: Tel.Nr.

Notfallnummer (Verwandte) :

E-Mail Adresse:

Erziehungsberechtigt: Eltern Mutter Vater sonstige Personen

Teilnahme am Religionsunterricht: ev. kath. Lebenskunde

Kitabesuch ja nein

Name der Kita: ergänzende Betreuung (Hort) : ja nein

Mitglied im Sportverein : ja nein Sportart :

In welcher Krankenkasse ist ihr Kind (mit)versichert:

Kassennummer: Versichertennummer :

Wichtige Hinweise (Krankheiten, Allergien, etc) :

Erhält Ihr Kind eine Therapie, z.B Ergotherapie? :

Hat Ihr Kind bereits eine Personenkreiszuordnung? :

Gibt es **ein** befreundetes Kind, mit dem es in eine Klasse möchte?:

Wünschen Sie eine Eföb-Nachmittagsbetreuung (Hort)?:

Hiermit willige ich / willigen wir in die Veröffentlichung des Vornamens, der Klasse und von Fotos für unseren Newsletter, die Tagespresse, die Homepage und innerhalb des Gebäudes ein:

ja nein

Geb-Urkunde ja nein

Ausweis/Pass ja nein

_____ Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte