



Aufnahmedatum: _____ **Klasse:** _____

Anmeldeformular der GHS-Korschenbroich

Schülerdaten

| | | | | | | |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Name | | | Vorname | | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> w | <input type="checkbox"/> d | Namenszusatz | | |
| Straße/Hnr. | | | | | | |
| PLZ/Ort | | | Anspruch Deutschlandticket | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| Ortsteil | | | Haltestelle | | | |
| Telefon | | | Geburtsdatum | | | |
| Geb.ort/- land | | | Konfession | <input type="checkbox"/> KR | <input type="checkbox"/> ER | <input type="checkbox"/> ISL |
| | | | | <input type="checkbox"/> gr. orth. | <input type="checkbox"/> ohne B. | <input type="checkbox"/> _____ |
| Staatsangeh. | <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____ | | Zuzugsjahr | | | |
| Geb.land Mutter | | Geb.land Vater | | | Verkehrsspra- che zuhause | |
| Behinderung/Besonderheit | ADS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / ADHS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein / mit Medikamenten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | | | |
| Sonstige Behinderung/Besonderheit | | | | | | |
| Deutschförderung DaZ (Bass 13-63 Nr.3) HSU Sprache Förderbedarf seit: _____ | <input type="checkbox"/> seit _____ <input type="checkbox"/> _____ ES <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> SH <input type="checkbox"/> SQ <input type="checkbox"/> GG <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Autismus <input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> seit: _____ | | | | | |
| Masernschutzimpfung(2-fach Impfung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Kopie des Impfpasses | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Erzieherdaten

| | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Art der Vertretung | <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Sorgerecht |
| 1. Person | | 2. Person | | |
| Anrede/Titel | | | Anrede/Titel | |
| Name | | | Name | |
| Vorname | | | Vorname | |
| Straße/Hnr. | | | Straße/Hnr. | |
| PLZ/Ort | | | PLZ/O | |



| | | | |
|---------------|--|---------------|--|
| Telefon/Mobil | | Telefon/Mobil | |
| *Email | | *Email | |

| | |
|-------------------------|--|
| Weitere Ansprechpartner | |
| Telefon/Mobil | |

Schulbesuch

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Name/Ort/der Grundschule(n) | | | | | |
| Eintrittstermin der Grundschule | | | | | |
| Klasse / Schuljahr | 1. | 2. | 3. | 4. | |
| Wiederholung von Klassen | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> | |
| Entlassungstermin der Grundschule | | | | | |
| Name/Ort/Klasse derzeitige Schule | | | | | |
| Eintrittstermin | | | | | |
| Klasse / Schuljahr | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. 10. |
| Wiederholung von Klassen | 5. <input type="checkbox"/> | 6. <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> | 8. <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> |
| Entlassungstermin | | | | | |

Hat ihr Kind an der Potenzialanalyse teilgenommen (Regeljahrgang 8) Ja Nein

Schulformempfehlung (nur für GrundschülerInnen)

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Schulformempfehlung | <input type="checkbox"/> HS/GE/SEK | <input type="checkbox"/> RS/GE/SEK | <input type="checkbox"/> GY/GE/SEK |
| Weitere Empfehlung mit Einschränkung | <input type="checkbox"/> RS | <input type="checkbox"/> GY | <input type="checkbox"/> keine weitere Empfehlung |

Sonstige Daten

| | |
|--|--|
| *Anzahl Kinder in der Familie | |
| *Geschwister an unserer Schule (Name/Klasse) | |

*Freiwillige Angaben

Korschenbroich, den _____

Unterschrift eines Sorgeberechtigten / beider Sorgeberechtigter (bei getrennt Lebenden)