



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)	<input type="checkbox"/> seit _____						
HSU Sprache	<input type="checkbox"/> _____						
Förderbedarf seit: _____	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)