



# Anmeldung zur Grundschule

## Matthias- Claudius- Schule

Einschulung

unterjährig

Antragskind (ab 01.10.2017)

ja     nein

**Termin zur  
Einschulungsuntersuchung  
wird noch vom Gesundheitsamt  
vergeben!**

### 1. Persönliche Daten der Schülerin / des Schülers

Name, Vorname			Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum	Geburtsort	Jahr des Zuzugs nach Deutschland (Kind)	Geburtsland	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Wohnort)				
Religion		Staatsangehörigkeit		Muttersprache/Verkehrssprache in der Familie
Wächst Ihr Kind zweisprachig auf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Welche Sprachen :	
Deutschkenntnisse: gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>				

### 2. Gesetzliche Vertreterin /Vertreter

Name, Vorname, Anschrift der <b>Mutter</b> , wenn abweichend von oben		Geburtsort	Zuzug nach Deutschland	Geburtsland	
Telefon: privat: dienstl:	Mobilnummer	Telefax:		E-Mail:	
Name, Vorname, Anschrift des <b>Vaters</b> , wenn abweichend von oben		Geburtsort	Zuzug nach Deutschland	Geburtsland	
Telefon: privat: dienstl:	Mobilnummer	Telefax:		E-Mail:	
Name, Vorname, Anschrift eines evtl. Vormundes					
Telefon:	Mobilnummer:	Telefax:		e-mail:	
Ist eine Sorgerechtsregelung getroffen worden?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wer besitzt das Sorgerecht?			Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	Vormund <input type="checkbox"/>
Ist das Kind schon einmal vom Schulbesuch zurückgestellt worden?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 3. Antrag auf Schulaufnahme

Ort und Datum Bonn,	_____	_____
	Unterschrift des Erziehungsberechtigten	Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE**

## Sonstige Angaben (Kindergarten, Sprachförderung)

Kindergartenbesuch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Von wann bis wann (Monat/Jahr)	besuchter Kindergarten, auch Anschrift:	
Wir stimmen einer Kontaktaufnahme der Schulleitung mit dem Kindergarten zu		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind schon einmal Sprachtherapie/Logopädie angeraten?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist/war Ihr Kind bereits in sprachtherapeutischer/logopädischer Behandlung?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Erhält Ihr Kind im Kindergarten bereits Sprachförderung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

### 4. Sonstiges

Geschwister in der Schule: .....

Freunde (max. 2 Namen): .....

(Krankheit, Medikamente, geplanter Umzug etc.): .....

#### Hinweis zum Datenschutz

Die erfragten Angaben werden zur Anmeldung Ihres Kindes zur Grundschule gem. § 120 Schulgesetz NRW erhoben und verarbeitet.

### Mailadressen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für schulische Zwecke im Sinne der Zusammenarbeit mit anderen Eltern weiter gegeben und im Schulverteiler aufgenommen werden.

Wir nutzen Ihre Mailadresse in Mailverteilern (Schule/Klasse) zur schulinternen Informationsweitergabe. Ihre Daten werden am Ende der Schulzeit Ihres Kindes gelöscht.

Sollten Sie diese Nutzung nicht mehr wünschen, schreiben Sie uns eine Mail an:

**Matthias-claudius-schule@schulen-bonn.de**

---

Ort, Datum, Unterschrift