



Anmeldung zur Grundschule

Matthias- Claudius- Schule

☐ Einschulung

☐ unterjährig

Antragskind (ab 01.10.2021)

☐ ja ☐ nein

Termin zur
Einschulungsuntersuchung
wird noch vom Gesundheitsamt
vergeben!

1. Persönliche Daten der Schülerin / des Schülers

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

2. Gesetzliche Vertreterin /Vertreter

Name, Vorname der Mutter ,	Geburtsort	Geburtsland	Zuzug nach Deutschland
Anschrift, wenn abweichend von oben	Mobilnummer:		
Notfallnummer (Bsp. Dienst, Oma, Opa...)	E-Mail:		
Name, Vorname, des Vaters ,	Geburtsort	Geburtsland	Zuzug nach Deutschland
Anschrift wenn abweichend von oben	Mobilnummer:		
	E-Mail:		
Name, Vorname, Anschrift eines evtl. Vormundes			
Telefon:	Mobilnummer:	E-mail:	
Ist eine Sorgerechtsregelung getroffen worden?			ja ☐ nein ☐
Wer besitzt das Sorgerecht?	Mutter ☐	Vater ☐	Vormund ☐
Ist das Kind schon einmal vom Schulbesuch zurückgestellt worden?			ja ☐ nein ☐

3. Antrag auf Schulaufnahme

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

BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE

4. OGS-Wunsch (hier nur eine Abfrage, die Anmeldung erfolgt über die Jugendfarm e.V.)

☐ keine Betreuung

☐ Betreuung durch die OGS

5. Sonstige Angaben (Kindergarten, Sprachförderung)

Kindergartenbesuch ja ☐ nein ☐	Von wann bis wann (Monat/Jahr)	besuchter Kindergarten, auch Anschrift:	
Wir stimmen einer Kontaktaufnahme mit dem Kindergarten zu und gestatten hiermit auch dem Kindergarten Auskunft über den Entwicklungsstand des Kindes zu geben.		ja ☐	nein ☐
Wurde bei Ihrem Kind schon einmal Sprachtherapie/Logopädie angeraten?		ja ☐	nein ☐
Ist/war Ihr Kind bereits in sprachtherapeutischer/logopädischer Behandlung?		ja ☐	nein ☐
Erhält Ihr Kind im Kindergarten bereits Sprachförderung		ja ☐	nein ☐

6. 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