

Aufnahmeantrag

Für das Schuljahr /

Für

Name des Kindes

In die Klasse

Foto

Kinderstammdaten

Vorname: Familienname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Muttersprache: Staatsangehörigkeit:

Konfession: Bes. Religionsunterricht:

Versicherungsnummer: Hausarzt:

Besucher Kindergarten: seit:

Besucht Ihr Kind Eurythmie, Turnen, Malen, Musik od. sonstiges:

..... seit:

Bitte nur ausfüllen, wenn das Kind nicht bei den Eltern wohnt.

Wohnhaft:

Bitte nur ausfüllen, wenn die Eltern nicht das Sorgerecht haben.

Sorgerecht:

Bitte nur ausfüllen, wenn das Kind aus einer anderen Schule kommt.

Schule derzeit: Klasse: Datum d. Ersteinschulung:

Bisher besuchte Schule(n) - **Bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.**

Von Klasse bis Klasse Schule:

Von Klasse bis Klasse Schule:

Von Klasse bis Klasse Schule:

Geschwister

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

Mutter

Vorname: Familienname:.....

Straße: Land/Plz/Ort:

Tel. Priv.: Tel. Beruf:

Tel. Mobil: E-Mail

Staatsangehörigkeit: Geburtsdatum:

Beruf: Sorgerecht: Ja Nein

Vater

Vorname: Familienname:

Straße: Land/Plz/Ort:

Tel. Priv.: Tel. Beruf:

Tel. Mobil: E-Mail

Staatsangehörigkeit: Geburtsdatum:

Beruf: Sorgerecht: Ja Nein

Untersuchungen/Therapien

Gab es Therapien – was und in welchem Alter?

.....

.....

.....

Gab es bereits schulrelevante Untersuchungen und in welchem Alter?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Legasthenie |
| <input type="checkbox"/> Motor. fein/grob Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Neuro. u. psycholog. Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnosen | <input type="checkbox"/> Teilleistungsdiagnosen |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Konzentrationschwäche |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Vorhandene schriftliche Untersuchungsergebnisse bitte beilegen.

Kinderkrankheiten:

Windpocken/Schafblattern
Masern
Scharlach
Keuchhusten
Mumps
Röteln

gehabt

geimpft

Impfungen:

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Tbc | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Zecken | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Bitte erläutern Sie die folgenden Fragen auf der Rückseite dieses Aufnahmeantrags:

Welche Gründe veranlassen Sie, Ihr Kind der Waldorfschule zur Erziehung anzuvertrauen?

Bitte geben Sie eine ganz persönliche Charakteristik Ihres Kindes:

Wie sehen Sie Ihr Kind? Worin macht es Ihnen Freude, worin Schwierigkeiten?

Möglichkeiten der Mitarbeit an der Schule:

Flohmart Bazar Gremien Schulküche Sonstiges

Nutzbare Kontakte:

Politik Medien Firmen Sonstiges

Nutzbare Fähigkeiten:

EDV Handwerk Unterricht Beratung Sonstiges

Nutzbarer Mitteleinsatz:

Personentransport Warentransport Geräte/ Maschinen Objekte/ Lager
 Sachmittel Sonstiges

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule:

JA, ich erteile die Einwilligung, mein Kind im Katastrophenfall –nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden - Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind. Siehe dazu Merkblatt für Eltern, welches mir/uns übergeben wurde.

NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

Bitte legen Sie folgende Dokumente vom Kind in Kopie bei:

Geburtsurkunde, Meldezettel, letztes Zeugnis

Ort, Datum

.....
Unterschrift der Mutter (der Erziehungsberechtigten)

.....
Unterschrift des Vaters (des Erziehungsberechtigten)