

SCHÜLERIN / SCHÜLER

Name: _____

Vorname(n) lt. Geburtsurkunde (relevant für Zeugnisse): _____

Vorname (**Rufname**): _____☐ weiblich☐ männlich

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Ortsteil: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Konfession: ☐ röm.-kath. ☐ ev. ☐ isl. ☐ ohne Bekenntnis ☐ andere: _____Geschwisterkind an der MKG: ☐ nein ☐ ja Klasse: _____**GGF. ANGABEN ZUR HERKUNFT / MIGRATIONSHINTERGRUND***

Staatsangehörigkeit des Vaters: _____ Geburtsland des Vaters: _____

Staatsangehörigkeit der Mutter: _____ Geburtsland der Mutter: _____

„Alltagssprache“ zu Hause: _____ ggf. Zuzugsjahr: _____

ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE**Mutter****Vater**

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Sorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein☐ ja ☐ nein

E-Mailadresse (für die Elternzugänge für IServ/Untis): _____

Abweichende Anschrift falls getrennt lebend, von der Anschrift der Schülerin/des Schülers:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

ggf. sonstige(r) *

Sorgeberechtigte(r): _____

Notfallnummer 1 _____ ☐ Arbeit Mutter ☐ Arbeit Vater ☐ GroßelternNotfallnummer 2 _____ ☐ Arbeit Mutter ☐ Arbeit Vater ☐ GroßelternNotfallnummer 3 _____ ☐ Arbeit Mutter ☐ Arbeit Vater ☐ GroßelternNotfallnummer 4 _____ ☐ _____

GRUNDSCHULE

Bisherige Grundschule: _____ Ort der GS: _____

Klasse und KlassenlehrerIn: _____ Einschulungsjahr: _____

Zurückstellung (Vorschule): ☐ ja ☐ nein Klasse wiederholt: ☐ ja, Klasse _____ ☐ nein

ZEUGNIS / ÜBERGANGASEMPFEHLUNG

Empfehlung der Grundschule als Alternative zur Gesamtschule:

☐ Hauptschule ☐ eingeschränkte Realschule ☐ Realschule ☐ eingeschränkt Gymnasium
☐ Gymnasium

ANGABEN ZU FÖRDERBEDARFEN / MEDIZINISCHE HINWEISE

Nachgewiesener Unterstützungsbedarf:

(bitte Nachweise beilegen!)

- ☐ Hochbegabung
- ☐ LRS
- ☐ Dyskalkulie
- ☐ AD(H)S
- ☐ Autismus
- ☐ sonderpädagogischer Förderbedarf
im Bereich: _____

medizinische Hinweise:

- ☐ Allergien
- ☐ Medikamenteneinnahme
- ☐ Erkrankungen: _____
- ☐ Sonstiges: _____

⇒ **Diagnose erstellt von/durch:** _____

SONSTIGE ANGABEN

Fahrschüler: ☐ nein ☐ ja
Anspruch Münsterlandkarte: ☐ nein ☐ ja **(Bitte bei der Anmeldung vorlegen)**
(über Bildung und Teilhabe)

Wünsche zur Klassenbildung:

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)