



Maximilian-Kolbe-Gesamtschule - Schuljahr 2019/20

SCHÜLERIN / SCHÜLER

Name: _____ Vorname(n): _____

 weiblich männlich Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ortsteil: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____ weitere Staatsangehörigkeit*: _____

Konfession: röm.-kath. ev. isl. ohne Bekenntnis andere: _____Geschwisterkind an der M.-Kolbe-Gesamtsch.: 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: _____ (Spät-)Aussiedler* ja

ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

MutterVater

Name: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Notfallnummer: _____

Email: _____

Sorgeberechtigt: ja nein ja nein

Falls getrennt lebend und bei gemeinsamen Sorgerecht:*

Das Kind hat seinen gewöhnlichen Aufenthalt bei:

der Mutter: _____ dem Vater: _____

Straße: _____ Straße: _____

Ort: _____ Ort: _____

ggf.sonstige(r)
Sorgeberechtigte(r) *: _____

*nur ausfüllen falls zutreffend

GRUNDSCHULE

Bisherige Grundschule: _____ Einschulungsjahr: _____

Klasse und KlassenlehrerIn: _____

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

ZEUGNIS / ÜBERGANGSEMPFEHLUNG

Empfehlung der Grundschule als Alternative zur Gesamtschule:

Hauptschule eingeschränkt 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: _____

SONSTIGE ANGABEN

Fahrschüler ja nein

Wünsche zur Klassenbildung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind für schulische Zwecke (z.B. Klassenfoto, Homepage, Presseartikel.....) fotografiert werden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)