

# Einschreibebogen -Schuleinschreibung

| DATEN des KINDES: Bitte laut vorgelegten Dokumenten ausfüllen bzw. ankreuzen!         |                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FAMILIENNAME</b>                                                                   |                                                                                                                                                     | Männlich: <input type="checkbox"/>                                                        | Weiblich: <input type="checkbox"/>                                                                                                     |
| <b>Vorname(n)</b>                                                                     |                                                                                                                                                     | Straße:                                                                                   |                                                                                                                                        |
| Geburtsdatum:                                                                         |                                                                                                                                                     | PLZ/Ort:                                                                                  |                                                                                                                                        |
| Geburtsort:                                                                           |                                                                                                                                                     | Versicherungsnummer:                                                                      |                                                                                                                                        |
| Geburtsland:                                                                          |                                                                                                                                                     | Nachmittagsbetreuung:                                                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                              |
| Staatsbürgerschaft:                                                                   |                                                                                                                                                     | Anzahl der Tage:                                                                          | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Erstsprache<br>(Muttersprache):                                                       |                                                                                                                                                     | Lebensmittelunverträglichkeiten<br>Welche?                                                | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                              |
| Alltagssprache (im<br>täglichen Umgang):                                              |                                                                                                                                                     | Geschwister/Geburtsjahr:                                                                  |                                                                                                                                        |
| Religionsbekenntnis:                                                                  |                                                                                                                                                     | <b>KRANKHEITEN</b><br>die in der Schule zu<br>berücksichtigen sind:                       |                                                                                                                                        |
| Besuch des<br>Religionsunterrichtes:                                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>(nur bei <b>OB</b> auszufüllen)                                                        | Medikation:                                                                               | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                              |
| <b>Taufschein:</b><br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben                        | <b>Geburtsurkunde:</b><br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben                                                                                  | <b>KINDERGARTEN:</b><br>Besuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>Jahre:</b> ____ Jahr(e)<br>vor Schulbeginn                                                                                          |
| <b>Meldezettel:</b><br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben                       | <b>E-Card:</b><br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben                                                                                          | Name<br>Kindergarten/Gruppenname:                                                         |                                                                                                                                        |
| <b>Staatsbürgerschafts-<br/>nachweis:</b><br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben | Masernimpfung:<br><input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> Kopie abgegeben | Sprachförderung im<br>Kindergarten<br>Zusätzlich Förderung durch: ____                    | <input type="checkbox"/> ja, ____ Jahr(e)<br><input type="checkbox"/> nein                                                             |
| Platz für Wünsche<br>(Freunde):                                                       |                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                        |
| <b>Mutter:</b>                                                                        |                                                                                                                                                     | <b>Vater:</b>                                                                             |                                                                                                                                        |
| Familienname:                                                                         |                                                                                                                                                     | Familienname:                                                                             |                                                                                                                                        |
| Vorname:                                                                              |                                                                                                                                                     | Vorname:                                                                                  |                                                                                                                                        |
| Beruf:                                                                                |                                                                                                                                                     | Beruf:                                                                                    |                                                                                                                                        |
| Adresse:                                                                              |                                                                                                                                                     | Adresse:                                                                                  |                                                                                                                                        |
| PLZ/Ort:                                                                              |                                                                                                                                                     | PLZ/Ort:                                                                                  |                                                                                                                                        |
| Telefonnummer:                                                                        |                                                                                                                                                     | Telefonnummer:                                                                            |                                                                                                                                        |
| E-Mail-Adresse:                                                                       |                                                                                                                                                     | E-Mail-Adresse:                                                                           |                                                                                                                                        |
| erziehungsberechtigt:                                                                 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                           | erziehungsberechtigt:                                                                     | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                              |
| <b>Datum:</b> _____                                                                   | Erziehungsberechtigte:                                                                                                                              | Erziehungsberechtigte:                                                                    |                                                                                                                                        |
| <b>Unterschriften:</b>                                                                |                                                                                                                                                     |                                                                                           |                                                                                                                                        |

☐ Kopie abgegeben Protokoll Entwicklungsgespräch

☐ Kopie abgegeben Übergabeblatt

**Folgende Unterlagen zur Schuleinschreibung bitte in die  
Schule mitbringen (ev. bereits als Kopie):**

- Einschreibebogen (Original)
- Geburtsurkunde des Kindes
- Meldezettel
- Staatsbürgerschaftsnachweis des Kindes (oder des Erziehungsberechtigten)
- E-Card mit der Versicherungsnummer des Kindes
- Taufschein
- Impfpass: MASERN Impfung:      2x              1x              NEIN

Hinweis:

**Bitte bis JUNI an die Schule zu übermitteln (letzter Abgabetermin Sept.):**

- Protokoll des Entwicklungsgesprächs aus dem Kindergarten
- Übergabebblatt Sprachentwicklung