



## Anmeldeformular Gesamtschule Kalk

Personalien des Kindes						
Nachname:		Vorname:				
Geburtstag:		Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Straße, PLZ, Stadt:						
Telefon:			E-Mail:			
Konfession:	Katholisch <input type="checkbox"/>	Evangelisch <input type="checkbox"/>	Islamisch <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>	Sonstiges:	
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:				
Migrationshintergrund: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Geburtsland Kind:		In Deutschland lebend seit:		Verkehrssprache in Familie:		
Geburtsland Mutter:		Geburtsland Vater:				
Dolmetscher bei Elterngesprächen benötigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Schullaufbahn						
Einschulungsjahr GS:		normal <input type="checkbox"/>	vorzeitig <input type="checkbox"/>		zurückgestellt <input type="checkbox"/>	
Grundschule:		Klasse wiederholt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Welche:		
Klasse:		Klassenleitung:				
Schulformempfehlung: HS: <input type="checkbox"/> HS/RS: <input type="checkbox"/> RS: <input type="checkbox"/> RS/GY: <input type="checkbox"/> GY: <input type="checkbox"/>						
Förderbedarf/Förderschwerpunkt						
Es liegt ein <b>beantragtes</b> oder <b>bescheinigtes AOSF (Förderbedarf)</b> vor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Förderschwerpunkt:		Lernen <input type="checkbox"/>	ES <input type="checkbox"/>	KME <input type="checkbox"/>	Sprache <input type="checkbox"/>	HK <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/>
Unterstützungsbedarf:		LRS <input type="checkbox"/>	Dyskalkulie <input type="checkbox"/>	ADHS <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>	
Bemerkungen (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Allergien)						
Masernimpfung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Weitere Informationen:						
Härtefall (zB: Tod eines Elternteils, schwere Erkrankung): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Erziehungsberechtigte						
Mutter Sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				Vater Sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Anschrift:				Anschrift:		
Telefon:				Telefon:		
E-Mail:				E-Mail:		
Kind lebt bei: Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>				Notfallkontakt:		

