



Bergwinkel - Grundschule

Tel.-Nr. 06661/6074940

Fax-Nr. 06661/6074949

E-Mail: poststelle.bergwinkel-gs@schule.mkk.de

Homepage: www.bergwinkel-grundschule.de

Schulanmeldung

Zu den folgenden Angaben sind die Eltern nach § 83 Abs. 1 und 3 des Hessischen Schulgesetzes verpflichtet.

Schülerin/Schüler: _____ Geschlecht: m / w
Name Vorname

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____

Anschrift: _____
PLZ Wohnort

Straße und Hausnummer

e-mail-Adresse

Telefon

Staatangehörigkeit: deutsch () sonstige: _____

Bei ausländischen Kindern: In Deutschland seit _____

Welche Sprache wird in Ihrer Familie überwiegend gesprochen? _____

Eltern: _____
Name des Vaters Vorname des Vaters

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers)

Name der Mutter

Vorname der Mutter

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers)

Im Notfall erreichbar: _____
Telefon

bitte wenden

Mein Kind gehört folgender Kirche/Religionsgemeinschaft an: (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evangelische Kirche | <input type="checkbox"/> Unitarische freie Religionsgemeinde |
| <input type="checkbox"/> Katholische Kirche | <input type="checkbox"/> Jüdische Gemeinde |
| <input type="checkbox"/> Altkatholische Kirche | <input type="checkbox"/> Alevitische Gemeinde Deutschland |
| <input type="checkbox"/> Syrisch-Orthodoxe Kirche | <input type="checkbox"/> Siebenten-Tags-Adventisten) |
| <input type="checkbox"/> Andere Orthodoxe Kirche | <input type="checkbox"/> Freireligiös |
| <input type="checkbox"/> Mennonitisch | <input type="checkbox"/> sonstige / keine Religionszugehörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Islamische Religionszugehörigkeit: | |
| <input type="checkbox"/> Ahmadiyya Muslim Jamaat | |
| <input type="checkbox"/> DITIB Hessen (sunnitisch) | |
| <input type="checkbox"/> andere (bitte eintragen) _____ | |

Mein Kind

- soll an folgendem Unterricht teilnehmen: evangelisch katholisch Ethik

Hinweis: Ein Wechsel der Religionsgruppe soll nur zum Schulhalbjahr erfolgen und bedarf eines schriftlichen Antrages mindestens 4 Wochen vor dem Halbjahres- bzw. Schuljahreswechsel.

Kindergartenbesuch von _____ bis _____

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Weitzelstraße | <input type="checkbox"/> Mauerwiese |
| <input type="checkbox"/> Villa Kunterbunt | <input type="checkbox"/> Wiesenzauber |
| <input type="checkbox"/> Maulwurfshügel | <input type="checkbox"/> Arche |
| <input type="checkbox"/> Sternenfänger | <input type="checkbox"/> Zwergenwiese |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Krankenversicherung: _____

Tetanusimpfung: ja _____ nein

Masernschutz: ja, nein
Wenn ja, Nachweis erbracht durch Vorlage des Impfausweises
 durch ärztliches Attest

Informationen, die die Schule beachten sollte (z. B. gesundheitliche Beeinträchtigung):

Klassenbildung – gemeinsamer Schulweg

Bitte nennen Sie uns wenn möglich **einen** künftigen Erstklässler, der in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft wohnt. Wir werden bei der Klassenbildung versuchen, diesen Wunsch zu berücksichtigen, so dass die Kinder gemeinsam zur Schule gehen können und der Schulweg für Ihr Kind sicherer wird.

Name: _____

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Schlüchtern, den _____ Datum Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten