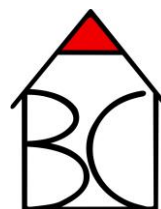


Evangelische Schule Walkendorf

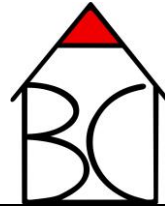


Anmeldung zur Einschulung im Schuljahr: 2022/23

- Regeleinschulung
- vorzeitige Einschulung
- Einschulung nach Zurückstellung
- Zurückstellung wird beantragt

Schulanfänger (Angaben bitte in Druckschrift ausfüllen!)			
Name:		Vorname: (sämtliche)	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
geboren am:		geb. in:	
Anzahl der Geschwister		Zuständige Gemeinde/ Amt	
Staatsangehörigkeit:		Religionszugehörigkeit:	
Wohnung - Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Vorgelegte Nachweise:		Geburtsurkunde des Kindes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Personalausweis Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kindergartenbesuch/ welcher Kindergarten		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei welchem Elternteil ist das Kind krankenversichert: Name der Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	
Erziehungs- bzw. sorgeberechtigte Vertreter (bei Anmeldung bitte Vollmacht des nicht anwesenden Elternteiles beifügen)			
Name und Vorname der Mutter Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wohnung (falls abweichend) Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Beruf (freiwillige Angabe) Telefon-Nr. privat: Telefon-Nr. dienstlich:			
Name und Vorname des Vaters Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wohnung (falls abweichend) Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Beruf (freiwillige Angabe) Telefon-Nr. privat: Telefon-Nr. dienstlich:			
Name des Pflegers oder Vormundes (Zutreffendes unterstreichen)			
Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort			
Telefon			
Sonstige wichtige (freiwillige) Hinweise der Sorgeberechtigten zum Kind (z. B. Linkshänder, chronische Erkrankungen,			

Evangelische Schule Walkendorf



Behinderung, notwendige Medikamente)	
Hat oder hatte Ihr Kind: <input type="checkbox"/> Frühförderung: <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psycholo. Beratung/ Betreuung <input type="checkbox"/> anderes	Bitte Zeitraum angeben:
Ich gebe der Schule mein Einverständnis, dass bei Schulwechsel die Schülerakte meines Kindes weitergeleitet werden darf.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich werde jedwede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen umgehend mitteilen.	
Ich bestätige, dass ich wahrheitsgemäße Angaben gemacht habe.	

.....
Datum der Registrierung

.....
Unterschriften Erziehungsberechtigte