



**1. Schülerin/Schüler**

Nachname	Vorname		Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Straße/Hausnummer	PLZ	Wohnort	Ortsteil
Geburtsdatum	Geburtsort		Geburtsland
Bekenntnis (Religion):  Teilnahme am übergreifenden Religionsunterricht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Staatsangehörigkeit:  Wenn nicht in Deutschland geboren, in Deutschland seit 20..... (Jahr)		Verkehrssprache in der Familie:  Aussiedler? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**2. Gesetzliche Vertreter**

Name, Vorname des Vaters	Geburtsland		Geburtsort
Name, Vorname der Mutter	Geburtsland		Geburtsort
Telefon-Nr. privat:	<b>Vater:</b> Handy-Nr.: ..... Telefon dienstlich: .....	<b>Mutter:</b> Handy-Nr.: ..... Telefon dienstlich: .....	
<b>E-Mail-Adresse:</b>			
Anschrift, sofern <b>abweichend</b> von oben (bei getrennt lebenden Eltern)			
Name	PLZ	Ort	Straße, Hausnummer
<b>Zusätzliches Anschreiben</b> (bei getrennt lebenden Eltern) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Besteht eine <b>Sorgerechtsregelung?</b>	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> beide Elternteile <input type="radio"/> andere: .....		
<input type="radio"/> Fahrkarte beantragt <input type="radio"/> Fahrt auf eigene Kosten			

**3. Zusätzliche Angaben**

Es ist für Lehrerinnen und Lehrer sowie für Schülerinnen und Schüler wichtig, dass Beeinträchtigungen (z. B. ADHS, LRS, Diabetes, Asthma, Behinderungen der Sehfähigkeit, des Gehörs, Verletzungen der Gliedmaßen usw.), die nicht unmittelbar sichtbar sind, bei der Anmeldung angegeben werden.

Mein Kind kann nicht schwimmen.  
 Mein Kind kann schwimmen. Es hat folgenden Nachweis:.....

**Besteht eine Beeinträchtigung:**  nein  
 ja, .....  
 Bekannt seit 20..... Festgestellt durch .....

Mein Kind benötigt folgende **Hilfsmittel** (z. B. Hörgerät etc.): .....

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente: .....

Mein Kind nimmt/nahm an folgender therapeutischen Maßnahmen teil: Seit/Bis .....  
 Maßnahme: .....

Besteht ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf?  ja, seit 20..... wegen: .....

Bestand ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf?  ja, von 20..... bis 20..... wegen: .....

Wird der sonderpädagogische Unterstützungsbedarf gerade überprüft?  ja, wegen .....

Bestand ein Nachteilsausgleich?  ja, wegen .....

