

## Fragebogen zum Eintritt in die Schule im Schuljahr 2024/ 2025

Name der Schule: Grundschule „Käthe Kollwitz“

Schulanfänger (Angaben bitte in Druckschrift ausfüllen!)	
Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Erstsprache: Zweitsprache:
Adresse:	
Herkunftsland:	
seit wann in Deutschland:	
Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kindergartenbesuch: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name der Einrichtung:	
Gibt es im Rahmen der Kita- Betreuung eine besondere Förderung für Ihr Kind? <input type="checkbox"/> ja/welche <input type="checkbox"/> nein	
Gibt es darüber hinaus unterstützende Maßnahmen für Ihr Kind? (z.B. Logopädie, Ergotherapie usw.)	
Liegen Ihnen aus den letzten 1,5 Jahren	
<input type="checkbox"/> Medizinische Befunde <input type="checkbox"/> Therapeutische Befunde (Physio-, Ergotherapie, Logopädie)	
<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische/psychologische Befunde <input type="checkbox"/> Sonstige vor?	
Dauererkrankungen/Behinderungen	
Bemerkungen (z.B. Familienhilfe/ Unterstützung etc.)	
Von der Schule auszufüllen: Masernschutzimpfung/Nachweis:	

<input type="checkbox"/> <b>alleiniges Sorgerecht</b>		<input type="checkbox"/> <b>gemeinsames Sorgerecht</b>	
<b>Sorgeberechtigte oder Sorgeberechtigter</b>		<b>Mutter</b>	
Name und Vorname			
Adresse (falls abweichend vom Kind) Straße, Hausnr., PLZ, Ort			
telefonisch erreichbar unter			
ggf. Email- Adresse			
<b>Sorgeberechtigte oder Sorgeberechtigter</b>		<b>Vater</b>	
Name und Vorname			
Adresse (falls abweichend vom Kind) Straße, Hausnr., PLZ, Ort			
telefonisch erreichbar unter			
ggf. Email- Adresse			
<b>Gesetzliche Pflegschaft oder gesetzlich bestimmter Vormund (Zutreffendes Unterstreichen)</b>			
Name, Vorname			
Adresse: Straße, Hausnr., PLZ, Ort			
telefonisch erreichbar unter			
ggf. Email- Adresse			

**Registrierung des Kindes an anderen Schulen:**  ja  nein

Name der Schule:

.....

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten