**Schulverbund der**

**Städt. Kath. Grundschulen**

**Grüngürtel und Arnoldsweiler**

**Offene Ganztagsschule Schule des gemeinsamen Lernens**

**Standort Arnoldsweiler**

**Auf dem Horstert 96 52353 Düren**🕾 02421/37144 🖷 02421/38241

Mail: verwaltung-arnoldsweiler@kgs-gruenguertel-arnoldsweiler.de

**Anmeldung zum Schuljahr 2025/2026**

**Schüler\*in: männlich:** [ ]  **weiblich:** [ ]

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname/n: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rufname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der abgebenden Schule: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte:**

*Liegt ein gemeinsames Sorgerecht vor, so müssen beide Erziehungsberechtigte angegeben werden und unterschreiben.*

 Mutter/andere Vater/andere

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitere: Name: Rufnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rufnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jede Änderung im Bereich Sorgeberechtigung ist der Schule zeitnah mitzuteilen!**

weiter auf Seite 2

**Sorgerecht:**

Gemeinsam [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]

Bei getrennt lebend:

Adresse des zweiten Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisher besuchter Kindergarten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Anbindung an:**

[ ]  Frühförderstelle [ ]  Praxis für Kinderpsychiatrie

[ ]  SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) [ ]  KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

**Diagnosen:**

körperliche Behinderung: [ ]  ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

geistige Behinderung: [ ]  ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

allgemeine Entwicklungsstörung: [ ]  ja [ ]  nein

Sprachentwicklungsstörung: [ ]  ja [ ]  nein

Autismus-Spektrum-Störung: [ ]  ja [ ]  nein

ADHS/ADS: [ ]  ja [ ]  nein

Hörgeräte: [ ]  ja [ ]  nein

Brille: [ ]  ja [ ]  nein

**Therapien:**

[ ]  Physiotherapie [ ]  Logopädie [ ]  Ergotherapie

[ ]  Praxis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien:**

[ ]  ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nein

**Masernschutzimpfung (MMR):**

Ja [ ]  1. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nachweis bitte beifügen (Kopie Impfausweis)

Nein [ ]

**Windpockenschutzimpfung (Varizellen):**

Ja [ ]  1. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Impfung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nachweis bitte beifügen (Kopie Impfausweis)

Nein [ ]

weiter auf Seite 3

**Migrationshintergrund:**

Geburtsland der Mutter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Deutschland seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsland des Vaters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Deutschland seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Umgangssprache in der Familie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Kind ist in Deutschland seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kenntnis der deutschen Sprache: ja [ ]  geringe Kenntnisse [ ]  nein [ ]

**Teilnahme HSU:** ja [ ] nein [ ]

**Teilnahme kath. Religion:** ja [ ] nein [ ]

**Betreuungsbedarf:**

Offene Ganztagsschule bis 16 Uhr: ja [ ] nein [ ]

**Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Haus-/ Kinderarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ich bin mit dem Austausch zwischen der Schule und dem Kindergarten oder dem Gesundheitsamt einverstanden:** ja [ ] nein [ ]

**Mit der Anfertigung eines Fotos für die Schülerakte bin ich einverstanden:**

ja [ ] nein [ ]

Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes wird durch die DSGVO und die VODVI geregelt.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des anmeldenden Sorgeberechtigten Unterschrift der/des zweiten Sorgeberechtigten