**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](mailto: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