

ANMELDUNG
CHRISTIAN-ROHLFS-REALSCHULE SOEST
Städtische Schule der Sekundarstufe I

Schülerin / Schüler	(Bitte füllen Sie das Formular in Druckschrift aus)
Name: _____	Straße: _____
Vorname(n): _____	PLZ: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____	ggf. Ortsteil: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Konfession: _____
Geburtsort: _____	Teilnahme am Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit: _____	Schüler/in wohnt in einer Wohngruppe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mutter	Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Vater	Sorgerecht ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Vorname & Name: _____		Vorname & Name: _____	
Straße: _____		Straße: _____	
PLZ: _____ Ort: _____		PLZ: _____ Ort: _____	
Telefon: _____		Telefon: _____	
Handy: _____		Handy: _____	
dienstl.: _____		dienstl.: _____	
E-Mail: _____		E-Mail: _____	

Hinweis für getrenntlebende Erziehungsberechtigte mit gemeinsamem Sorgerecht:
Von dem Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, benötigen wir eine schriftliche Einverständniserklärung für die Anmeldung an unserer Schule.
Offizielle Anschreiben richtet die Schule ausschließlich an die für das Kind angegebene Adresse!

Wohngruppe	gesetzlicher Betreuer
Name der Wohngruppe: _____	Institution: _____
Ansprechpartner: _____	Vorname & Name: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____	PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Handy: _____	Handy: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	(Wenn ja, dann bitte weitere Eintragungen vornehmen)
Geburtsland des Kindes: _____	Geburtsland der Mutter: _____
Zuzugsjahr des Kindes: _____	Geburtsland des Vaters: _____
Verkehrssprache der Familie: _____	

Bisheriger Schulbesuch	Schulformempfehlung
Einschulungsjahr Grundschule (Monat/Jahr): _____	<input type="checkbox"/> Gymnasium / Gesamtschule / Sekundarschule
Schule, Ort: _____	<input type="checkbox"/> Gymnasium mit Einschränkung
aktuelle Klasse: _____	<input type="checkbox"/> Realschule / Gesamtschule / Sekundarschule
aktuelle Klassenleitung: _____	<input type="checkbox"/> Realschule mit Einschränkung
Klasse wiederholt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Hauptschule / Gesamtschule / Sekundarschule
	<input type="checkbox"/> Keine Empfehlung
Wir haben eine Ablehnung einer anderen Schule erhalten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ➔ Schule: _____	

Freiwillige Angebote unserer Schule	
Mein Kind möchte am Bläserklassenprojekt teilnehmen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vielleicht
Mein Kind möchte am Angebot des offenen Ganztags teilnehmen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vielleicht
Mein Kind möchte am Herkunftssprachlichen Unterricht teilnehmen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Weitere Auskünfte	
Der Impfnachweis / Immunstatus für Masern lag vor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mein Kind hat folgende Schulschwimmpassstufe erreicht:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Mein Kind hat folgende Schwimmabzeichen erreicht:	<input type="checkbox"/> Seepferdchen <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Silber <input type="checkbox"/> Gold
Mein Kind hat eine Lese-Rechtschreib-Schwäche:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mein Kind hat eine Lese-Rechtschreib-Störung mit der Diagnose:	<input type="checkbox"/> F81 oder <input type="checkbox"/> F81.1
Mein Kind hat eine Dyskalkulie mit der Diagnose:	<input type="checkbox"/> F81.2
Mein Kind benötigt ein Notfallmedikament:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welches Medikament:	
Mein Kind hat folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen:	
Ein Geschwisterkind besucht unsere Schule	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: (dieses Feld wird nur von der Schulleitung ausgefüllt)	

Folgende Informationen und Hinweise habe ich / haben wir zur Kenntnis genommen:

- Merkblatt für Schülerfahrkarten
- Belehrung zum Infektionsschutzgesetz
- Information und Einwilligung zum Datenschutz, IServ-Nutzung und AntonApp
- Hinweis für getrenntlebende Erziehungsberechtigte mit gemeinsamen Sorgerecht

Wir verpflichten uns, alle für die Schule relevanten Änderungen der persönlichen Daten (Adresse, Telefonnummer, Sorgerecht usw.) bis zur Entlassung von der Schule umgehend dem Sekretariat mitzuteilen.

Mit der Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der Angaben. Des Weiteren stellen wir sicher, dass wir schulische Informationen über das IServ-Eltern-Modul abrufen.

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten