

|                                                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Nachname des Kindes:                                                                                                                           |  | <u>Vornamen</u> des Kindes ( <u>Rufnamen</u> bitte unterstreichen):                           |              |
| Anschrift des Kindes:                                                                                                                          |  |                                                                                               |              |
| Geburtsdatum des Kindes:                                                                                                                       |  |                                                                                               |              |
| Geburtsort und Geburtsland:                                                                                                                    |  |                                                                                               |              |
| Staatsangehörigkeit des Kindes:                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
| Sprache in der Familie:                                                                                                                        |  |                                                                                               |              |
| Masernschutz ausreichend:                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                     | geprüft von: |
| Name / Adresse des besuchten Kindergartens:                                                                                                    |  |                                                                                               |              |
| Dauer des Kindergartenbesuchs: <input type="checkbox"/> 1-2 Jahre <input type="checkbox"/> 2-3 Jahre <input type="checkbox"/> mehr als 3 Jahre |  |                                                                                               |              |
| Religion / Konfession:                                                                                                                         |  | Teilnahme am Religionsunterricht:                                                             |              |
| <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch                                                                       |  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, islamisch                          |              |
| <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> ohne                                               |  | <input type="checkbox"/> ja, katholisch <input type="checkbox"/> ja, evangelisch              |              |
| Eltern leben <input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> getrennt                                                               |  | Wer besitzt das Sorgerecht:                                                                   |              |
| <input type="checkbox"/> geschieden                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater |              |
| <input type="checkbox"/> alleinerziehend                                                                                                       |  | Nachweis alleiniges Sorgerecht?                                                               |              |
|                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                     |              |
|                                                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
| Name der Mutter:                                                                                                                               |  |                                                                                               |              |
| Geburtsland Mutter:                                                                                                                            |  |                                                                                               |              |
| Adresse Mutter: <input type="checkbox"/> andere Adresse:                                                                                       |  |                                                                                               |              |
| <input type="checkbox"/> wie Kind _____                                                                                                        |  |                                                                                               |              |
| Telefon Mutter:                                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
| E-Mail-Adresse Mutter:                                                                                                                         |  |                                                                                               |              |
|                                                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
| Name des Vaters:                                                                                                                               |  |                                                                                               |              |
| Geburtsland Vater:                                                                                                                             |  |                                                                                               |              |
| Adresse Vater: <input type="checkbox"/> andere Adresse:                                                                                        |  |                                                                                               |              |
| <input type="checkbox"/> wie Kind _____                                                                                                        |  |                                                                                               |              |
| Telefon Vater:                                                                                                                                 |  |                                                                                               |              |
| E-Mail-Adresse Vater:                                                                                                                          |  |                                                                                               |              |
|                                                                                                                                                |  |                                                                                               |              |
| Weitere Notfallrufnummer(n):                                                                                                                   |  |                                                                                               |              |
| Herkunftssprachlicher Unterricht (HSU) gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    |  |                                                                                               |              |
| Wenn ja, welche Sprache: → Anmeldeformular HSU                                                                                                 |  |                                                                                               |              |
| Sind schon Geschwisterkinder an der Schule? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                          |  |                                                                                               |              |
| Bitte Name und Klasse angeben:                                                                                                                 |  |                                                                                               |              |
| Bei vorzeitiger Einschulung (geboren nach dem Stichtag 30.09.):                                                                                |  |                                                                                               |              |
| Hiermit beantrage ich die <u>vorzeitige Einschulung</u> meines o.g. Kindes                                                                     |  |                                                                                               |              |
| Unterschrift:                                                                                                                                  |  |                                                                                               |              |

## Daten zur Anmeldung Schuljahr 20 / 20 Kürzel:

Mein Kind möchte gerne mit folgendem Kind in eine Klasse gehen (bitte nur **1 Kind** angeben **!!Keine Garantie!!**):

Ich bin damit einverstanden, dass zum Wohle meines Kindes KiTa und Schule Informationen über mein Kind austauschen dürfen: ☐ ja ☐ nein

Gibt es eine wohnortnähere Grundschule? ☐ ja ☐ nein  
Falls ja, welche:

Bestehen Allergien oder Krankheiten? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche:

Werden oder müssen Medikamente verabreicht werden? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind an Fördermaßnahmen oder Therapien teilgenommen? ☐ ja ☐ nein

|                          | Abgeschlossen | Laufend | geplant |
|--------------------------|---------------|---------|---------|
| Frühförderung (z.B.Cura) |               |         |         |
| Ergotherapie             |               |         |         |
| Logopädie                |               |         |         |
| Sprachförderung          |               |         |         |
| Sonstige:                |               |         |         |

OGS-Platz gewünscht: ☐ ja ☐ nein  
→ Anmeldeformular OGS

Fotoerlaubnis nach DSGVO erteilt: Fotos meines Kindes dürfen auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden: ☐ ja ☐ nein

Ich habe von der Verordnung über die zur Verarbeitung zugelassenen Daten von Schülerinnen, Schülern und Eltern (VO-DVI) Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

Hiermit bestätige ich, dass der zweite Sorgeberechtigte mit dieser Anmeldung einverstanden ist.  
Wuppertal, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter