

ab dem ____ . ____ . ____

für die Klassenstufe:

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUM KIND

Name, Vorname _____	Geschlecht: männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div. <input type="checkbox"/>
geb. am _____ in _____ <small>(Ort/ Land)</small>	Anz. Geschwister _____ <small>(an dieser Schule)</small>
Adresse <small>(Str. u. Nr.)</small> _____ in _____ OT _____ <small>(PLZ/ Ort)</small>	
Telefon <small>(privat)</small> _____ E-Mail _____	

Staatsangehörigkeit _____	Religionszugehörigkeit konfl. <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> islam. <input type="checkbox"/> andere: _____
---------------------------	--

bei nichtdeutscher Herkunft	Zugang aus Land _____ nach DE im Jahr _____ Sprache im Herkunftsland _____ Umgangssprache _____ Umgangssprache zu Hause _____
------------------------------------	--

2. ANGABEN ZU DEN SORGBERECHTIGTEN (nach ThürSchO §136)

	Sorgeberechtigte 1	Sorgeberechtigte 2	Notfallkontakt(e)
Name, Vorname			Sorgeb. 1 <input type="checkbox"/>
Geschlecht	männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div. <input type="checkbox"/>	männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> div. <input type="checkbox"/>	Sorgeb. 2 <input type="checkbox"/>
Adresse			Andere Personen: <small>(Name + Telefon)</small>
Telefon <small>(Festnetz/ Handy)</small>			
E-Mail			
Arbeitsstelle <small>(Name der Firma)</small>			
Telefon <small>(dienstlich)</small>			

bei getrennt lebenden Eltern	Sorgerecht Sorgeb. 1 + 2 <input type="checkbox"/> Sorgeb. 1 <input type="checkbox"/> Sorgeb. 2 <input type="checkbox"/>	Bei welchem Elternteil lebt das Kind? Sorgeb. 1 <input type="checkbox"/> Sorgeb. 2 <input type="checkbox"/> Wechselmodell <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--	---

3. KRANKHEITEN, KRANKENKASSE UND BEHINDERUNGEN

Krankenkasse _____	versichert über Sorgeb. 1 <input type="checkbox"/> Sorgeb. 2 <input type="checkbox"/>
--------------------	--

Behinderungen u. Krankheiten <small>(nur soweit für die Schule relevant)</small>		Sonderpädagogischer Förderbedarf?	Nein <input type="checkbox"/>
		Ja <input type="checkbox"/>	Förderschwerpunkt
			körperl./ motorisch <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/>
		Sonderpäd. Gutachten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Impfschutznachweis Masern (§20 Abs. 9 IfSG) durch			
Impfausweis <input type="checkbox"/>	ärztliches Zeugnis <input type="checkbox"/>	Bestätigung durch eine zuvor	
Kontraindikation <input type="checkbox"/>	kein Nachweis <input type="checkbox"/>	besuchte Einrichtung	<input type="checkbox"/>

Wird von der Schulleitung ausgefüllt! (Dokumentation wird angefertigt und verbleibt in der Schülerakte)

4. SCHULLAUFBAHN, FREMDSPRACHEN, WAHLPFLICHT

Datum der Ersteinschulung _____

Schule	Eintritt (Monat/ Jahr)	Klassen- stufe(n)	Abgang (Monat/ Jahr)	Abschluss/ Abgangsgrund

1. Fremdsprache (ab Kl. 3)	Englisch	Das Leibniz-Gymnasium bietet diese Sprachen als 2. FS an. (ab Kl. 6)		
2. Fremdsprache (ab Kl. __)		Latein <input type="checkbox"/>	Französisch <input type="checkbox"/>	
3. Fremdsprache (ab Kl. __)				

Teilnahme am Ethik- o. Religionsunterricht	Ethik <input type="checkbox"/>	katholische Religion <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	---

Wahlpflichtfach am Gymnasium (Kl. 9 und 10)

bisheriges Wahlpflichtfach	Das Leibniz-Gymnasium bietet diese Fächer als WPF an.			
	Spn (erst ab Kl. 10) <input type="checkbox"/>	If <input type="checkbox"/>	NWT <input type="checkbox"/>	Gw <input type="checkbox"/>

Bemerkungen und Wünsche (z.B. Klassenwunsch)	_____

Ich/ Wir erlaube(n) dem Leibniz-Gymnasium Leinefelde, Kontakt mit der jetzigen Schule aufzunehmen und Informationen über mein/ unser Kind auszutauschen.	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>

Die Vollmacht für die Anmeldung liegt vor. (Nur bei getrennt lebenden und nicht verheirateten Sorgeberechtigten auszufüllen!)	Ja <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------

 Ort, Datum und Unterschrift der anmeldenden Sorgeberechtigten¹

Leinefelde,

 Ort, Datum und Unterschrift der Schulleitung

¹ Ich/ Wir habe(n) das Merkblatt zur Erhebung von personenbezogenen Daten erhalten.