

# AUFNAHMEANTRAG Lerngruppe 5

an der Pestalozzi-Gemeinschaftsschule, Pestalozzistraße 2, 76676 Graben-Neudorf, Telefon 07255/7130-0, Fax 07255/713030



**Antrag auf Aufnahme ab \_\_\_\_\_**  
**in Lerngruppe 5**  
**Schuljahr \_\_\_\_\_**

**Schülerdaten**  
**Name, Vorname \_\_\_\_\_**  
Weitere Vornamen \_\_\_\_\_  
**Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_**  
**Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_**  
**Geschlecht**  weiblich  männlich  divers  
**Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_**  
**Geburtsdatum \_\_\_\_\_**  
**Geburtsort \_\_\_\_\_**  
Geburtsland \_\_\_\_\_  
**Muttersprache \_\_\_\_\_**

**Erziehungsberechtigte/r**  
**Mutter**  
**Name, Vorname \_\_\_\_\_**  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von oben)  
**Vater**  
**Name, Vorname \_\_\_\_\_**  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil \_\_\_\_\_  
(falls abweichend von oben)  
**Erziehungsberechtigt**  
 beide  Mutter  Vater  
 andere Person: \_\_\_\_\_

**ANLAGEN**  
 SEPA  
 Text- / Bildveröffentlichung  
 Nachweis Masernschutz  
 Testerlaubnis (bitte Seiten 5-7 ausfüllen) und Nachweis  
Booster-Impfung (falls vorhanden)

**Schulisches**  
**Abgebende Grundschule / Klassenlehrer \_\_\_\_\_**  
**Festgestellter Förderbedarf:**  
 ja  nein  Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_  
**Besonderheiten / Inklusion \_\_\_\_\_**  
**Geschwisterkind an der Schule \_\_\_\_\_**  
**Betreuungsangebot in räumlicher Nähe \_\_\_\_\_**  
**Ggf. Zweitwunsch für eine weitere Schule dieser Schulart in der Nähe, Ortsangabe \_\_\_\_\_**

**Erreichbarkeit**  
**Telefon Festnetz \_\_\_\_\_**  
**Handytel. Mutter \_\_\_\_\_**  
**Diensttel. Mutter \_\_\_\_\_**  
**Handytel. Vater \_\_\_\_\_**  
**Diensttel. Vater \_\_\_\_\_**  
**Notfallnummer \_\_\_\_\_**  
Abweichender Name Notfallnummer \_\_\_\_\_  
**E-Mail-Kontakt \_\_\_\_\_**

**NUR SEKRETARIAT**  
 Vorlage Geburtsurkunde /  
Abgleich Namen, Geburtsdatum  
 Vorlage Masernschutz  
 Laufzettel  
 Religion erfragt  
 Ausgabe Anmeldebestätigung  
 Eingabe ASV

Ort, Datum                      Unterschrift der/des Anmeldenden \*)

\*) Der Unterzeichner versichert, alleinerziehungsberechtigt zu sein oder in Vollmacht des zweiten Erziehungsberechtigten diese Erklärung abgegeben zu haben.