

## Anmeldung der Schulanfänger für das Schuljahr 2025/26

### Personalien vom Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:  deutsch  \_\_\_\_\_

Migrationshintergrund:  ja Zuzugsdatum: \_\_\_\_\_

Verkehrssprache in der Familie: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Teilnahme am Religionsunterricht:  ja \_\_\_\_\_

nein

Geschwister: \_\_\_\_\_

Masern-Mumps-Röteln Impfung:  vollständig  einmal geimpft  nicht geimpft

Impfausweis wurde vorgelegt:  ja  nein

### Personalien der Erziehungsberechtigten:

Mutter: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsland

Vater: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsland

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  beide Elternteile  nur Mutter  nur Vater

Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein, ist dies durch Vorlage der gerichtlichen Entscheidung nachzuweisen.

Telefon/Festnetz: \_\_\_\_\_

Mutter Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vater Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Bei Nichterreichen telefonische Benachrichtigung an:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

### Sonstiges:

Hiermit beantragen wir gemäß § 35 Absatz 3 SchulG die Zurückstellung unseres Kindes.

Wir beantragen keine Zurückstellung.

Regeleinschulung  vorzeitig  zurückgestellt

Name Kindergarten: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

Dauer des Kindergartenbesuchs:  kein Kindergarten  unter 1 Jahr

1 - 2 Jahre  2 - 3 Jahre  3 Jahre und mehr Jahre

<b>Einverständnis der Erziehungsberechtigten:</b> Es darf ein allg. Austausch zwischen Schule und Kindergarten stattfinden.	<input type="checkbox"/> ja
--	-----------------------------

Förderungen (z. B. Sprachförderung):  ja  nein

Integrative Frühförderung:  ja  nein

Weitere vorschulische Maßnahmen (z. B. Ergotherapie usw.): \_\_\_\_\_

Name des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

<b>Einverständnis der Erziehungsberechtigten:</b> Die Schule darf mit dem o. g. Arzt/Kinderarzt Rücksprache halten.	<input type="checkbox"/> ja
--	-----------------------------

Gesundheitliche Beeinträchtigungen: \_\_\_\_\_

Wir nehmen zur Kenntnis, dass ein ausgebildeter Therapiebegleithund regelmäßig eingesetzt wird.

Unser/Mein Kind hat Allergien:  ja  nein

Unser/Mein Kind hat Ängste:  ja  nein

Unser/Mein Kind kann schwimmen:  ja  nein

Unser/Mein Kind ist BuT berechtigt:  ja  nein

Münsterlandkarten-Nr. des Kindes: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Betreuung:

Offene Ganztagschule:  ja  nein  evtl.

Betreuung bis 14:00 Uhr:  ja  nein  evtl.

Wünsche zu Mitschülern: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Rheine, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten