

# Anmeldebogen für Schulanfänger

Nachname der Schülerin/des Schülers:		
Vorname:		m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
<b>Konfession:</b> röm- katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> jüdisch <input type="checkbox"/> orthodox <input type="checkbox"/> syrisch-orthodox <input type="checkbox"/>		
Wenn Ihr Kind keiner oder einer anderen als der katholischen oder evangelischen Religionsgemeinschaft angehört: An welchem Religionsunterricht soll Ihr Kind teilnehmen? evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/>		
Anschrift des Kindes: _____ _____		
Erziehungsberechtigte: <b>(Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartner bitte die Anschrift jedes Sorgeberechtigten auf der Rückseite des Bogens notieren!)</b>		
Name der Mutter: _____		
Name des Vaters: _____		
Beide Eltern in Deutschland geboren <input type="checkbox"/>		
Ein Elternteil in Deutschland geboren <input type="checkbox"/>		
Kein Elternteil in Deutschland geboren <input type="checkbox"/>		
Sprache in der Familie: Deutsch <input type="checkbox"/> Andere: _____		
Telefon privat:	Handy:	Arbeitsstelle:
Name der bisher besuchten Kindertageseinrichtung: _____ seit:		
Hat Ihr Kind an einer Sprachfördermaßnahme der Kindertageseinrichtung teilgenommen? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wünschen Sie eine Betreuung im offenen Ganztage? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <b>(Bitte beachten: Die Anmeldung zum offenen Ganztage erfolgt gesondert!)</b>		
Zusätzliche Angaben: Hausarzt, Krankenkasse:		
Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes (Medikamente/Therapien/Allergien/Erkrankungen/...)		
Wir sind damit einverstanden, dass die Erzieherin unserer Tochter/unsere Sohn mit einer Pädagogin/einem Pädagogen der Grundschule bei Bedarf ein informelles Gespräch über die Entwicklung des Kindes in der Kindertageseinrichtung führt. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Wir sind damit einverstanden, dass Fotos unseres Kindes auf der Schulhomepage und in der Presse veröffentlicht werden dürfen. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten:		

Fragebogen zu Ihrem Kind

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

**Hörfähigkeit**

Wann fand die letzte Überprüfung statt? \_\_\_\_\_

- Beschwerd sich Ihr Kind, wenn leise gesprochen wird?
- Beschwerd sich Ihr Kind, wenn durcheinander gesprochen wird?
- Lässt sich Ihr Kind durch Geräusche leicht ablenken?

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sehfähigkeit**

Wann fand die letzte Überprüfung statt? \_\_\_\_\_

- Kneift Ihr Kind häufig die Augen zusammen?
- Klagt Ihr Kind über Kopf-/Augenschmerzen?
- Reibt Ihr Kind sich häufig die Augen?
- Klagt Ihr Kind darüber, dass es nicht richtig sieht?

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Motorische Entwicklung**

- Malt und bastelt Ihr Kind gerne?
- Kann Ihr Kind Roller oder Fahrrad fahren?
- Zeigt Ihr Kind Spaß an Bewegung? (z.B. Sport)
- Ist das Kind gekrabbelt?

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Freizeitverhalten**

Wie lange kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen  
(beim Spielen, Interessen, Aktivitäten)?

\_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind häufig Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen?
- Obt Ihr Kind eine Sportart aus?
- Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Hobbys?
- Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Emotionalität**

- Ist Ihr Kind häufig aufgeregt?
- Wie äußert sich das? \_\_\_\_\_

JA	NEIN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ist Ihr Kind ängstlich (z.B. vor bestimmten Tätigkeiten)?
- Nimmt Ihr Kind gerne von sich aus Kontakt zu anderen Kindern auf?
- Äußert Ihr Kind Gefühle wie, Trauer, Wut oder Freude?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das ist mir noch wichtig, der Schule über mein Kind mitzuteilen:

**Bitte bringen Sie zum Anmeldegespräch die Bildungsdokumentation der Kindertageseinrichtung mit!**