

**Anmeldung für die Klasse \_\_\_\_\_ im Schuljahr 20\_\_/20\_\_**

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
<b>Straße, Nr.</b>	<b>PLZ, Ort</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Muttersprache</b>	
<b>Geburtsort/Geburtsland</b>		

<b>Konfession</b> :	<input type="checkbox"/> <b>ev.</b>	<input type="checkbox"/> Mein Kind soll am <b>ev.</b> Religionsunterricht teilnehmen.
	<input type="checkbox"/> <b>kath.</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>isl.</b>	<input type="checkbox"/> Mein Kind soll am <b>kath.</b> Religionsunterricht teilnehmen.
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <b>ohne Bekenntnis</b>	<input type="checkbox"/> Mein Kind soll am Religionsunterricht <b>nicht</b> teilnehmen.

<b>Kindergarten</b>		<b>Sprachförderung:</b>
	_____ <b>Jahre</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Vorherige Schule</b>		<b>Sprachförderung:</b>
	_____ <b>Jahre</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Gesundheitliche Einschränkungen:</b>	
---	--

<b>Wunsch Mitschüler/in:</b>	
------------------------------	--

**Zusätzliche kostenpflichtige Leistungen:**

<b>Betreuung 8-1</b>	<b>7.00 Uhr – 13.30 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Antrag eingereicht		
<input type="checkbox"/> Arbeitgeberbescheinigung/en eingereicht		
<b>„Offener Ganztag“</b>	<b>7.00 Uhr – 15.00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Antrag eingereicht		
<input type="checkbox"/> Arbeitgeberbescheinigung/en eingereicht		

Name des Vaters		Vorname		Geburtsland	
Straße, Nr		PLZ, Ort		Nationalität	
Email:					
Telefon:					

Name der Mutter		Vorname		Geburtsland	
Straße, Nr.		PLZ, Ort		Nationalität	
Email:					
Telefon:					

Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------

Notfall:	Name:	
Not-TelefonNr:		

Seit wann leben Sie in Deutschland?	
Seit wann leben Sie in Essen?	
Waren Sie beim Kommunalen Integrationszentrum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Waren Sie beim Gesundheitsamt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erhalten Sie Leistungen vom Bildungs- und Teilhabepaket?
<input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid liegt vor

Soll Ihr Kind am Herkunftssprachlichen Unterricht teilnehmen?	
<input type="checkbox"/> Antrag liegt vor	Sprache:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:
Essen, den