

Anmeldung für die Klasse _____ im Schuljahr 20__/20__

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

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

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

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

Gesundheitliche Einschränkungen:	
---	--

Wunsch Mitschüler/in:	
------------------------------	--

Zusätzliche kostenpflichtige Leistungen:

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