



AUFNAHMEANTRAG

Vorname/ -namen* des Kindes:
(*bitte alle Vornamen laut Geburtsurkunde angeben = wichtig für spätere Abschlusszeugnisse!)

Nachname des Kindes: geboren am:

Geburtsort: Geschlecht: m w

Staatsangehörigkeit: Rel.-Zugehörigkeit:

Krankenkasse:

Aufnahme gewünscht ab: in Klasse: Schuljahr:

Erziehungsberechtigte/r: Mutter Vater Pflegeeltern Großeltern Gasteltern
Sonstige/r:

Eltern sind: verheiratet ledig getrennt geschieden eingetragene Partnerschaft

Kind lebt bei: Mutter Vater beiden bei:

MUTTER:

Name:

Geburtsname:

Vorname:

geboren am:

Strasse:

PLZ: Ort:

Ortsteil:

Landkreis:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Mobiltelefon:

Fax:

Notfall-Tel.-Nr:

Email:

Beruf:

beschäftigt bei:

Staatsangehörigkeit:

Religionszugehörigkeit:

VATER:

Name:

Geburtsname:

Vorname:

geboren am:

Strasse:

PLZ: Ort:

Ortsteil:

Landkreis:

Telefon (privat):

Telefon (dienstlich):

Mobiltelefon:

Fax:

Notfall-Tel.-Nr:

Email:

Beruf:

beschäftigt bei:

Staatsangehörigkeit:

Religionszugehörigkeit:

GESCHWISTER des Kindes:

Geschwisterzahl:

Stellung des Kindes innerhalb der Geschwisterreihe:

	Vorname	geb. am	Schule/Kindergarten		Vorname	geb. am	Schule/Kindergarten
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

BISHERIGER KINDERGARTEN- ODER SCHULBESUCH DES AUFZUNEHMENDEN KINDES:

Kindergarten: Gruppenleiterin:

von: bis:

Schule: eingeschult am:

z. Zt. Schüler in der Schule:

in Klasse:

wurden Klassen wiederholt?: ja nein welche?:

wurden bereits Sprachen gelernt?: ja nein welche?: 1.

welche?: 2.

1. wie lange?

2. wie lange?

BESONDERE GEGEBENHEITEN DES AUFZUNEHMENDEN KINDES:

Falls besondere Gegebenheiten vorliegen, die sich auf das Lernen und Erziehen des Kindes erschwerend auswirken können (z.B. Geburtsfolgen, besondere Erkrankungen, körperliche oder seelische Folgen von Unfällen), so bitten wir um nähere Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liegen/ lagen Merkmale, Befunde vor, die Ihr Kind in seinem Lernen und Arbeiten beeinträchtigen, z.B. Fehlsichtigkeit, Schwerhörigkeit, Sprachfehler, Sozial- und sonstiges Verhalten? (Bitte Atteste, Gutachten - auch zu bisher erfolgten Förder- und Therapiemaßnahmen beifügen.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wodurch wurden Sie auf die Freie Waldorfschule aufmerksam?

.....

Sonstige Bemerkungen:

.....

.....

.....

NEWSLETTER DER SCHULE - „WOCHENBLATT“:

Während der Schulzeit können Sie in der Regel einmal wöchentlich einen Newsletter per E-mail zugeschickt bekommen, der Sie über die Veranstaltungen, Termine, Ankündigungen usw. informiert. **Bei Interesse** tragen Sie weiter unten Ihre E-mail Adresse ein.

Meine **E-mail Adresse** für den Newsletter:

ENTWICKLUNGSBOGEN

Liebe Eltern,

für die Arbeit in der Schule ist eine möglichst genaue Kenntnis der Entwicklungsverhältnisse des Kindes notwendig. Wir bitten Sie daher, auch diesen Teil des Fragebogens auszufüllen und zusammen mit einem aktuellen Foto, Kopien der bisherigen Zeugnisse, ggf. Gutachten, Attesten und sonstigen Unterlagen, an uns zurückzusenden. Der Inhalt wird von uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Besonderheiten bei der Geburt (regelrecht, Kaiserschnitt, Frühgeburt usw.)

.....

Wann begann das Kind zu laufen?

.....

Wann sprach das Kind die ersten Worte?

.....

Wann begann der Zahnwechsel?

.....

Wann kam der erste bleibende Backenzahn?

.....

Welche Schutzimpfungen wurden durchgeführt? (evtl. ergänzen)

Pocken:	ja	nein	Kinderlähmung:	ja	nein	TBC:	ja	nein
Tetanus:	ja	nein	Diphtherie:	ja	nein	Keuchhusten:	ja	nein
Masern:	ja	nein	Mumps:	ja	nein	Röteln:	ja	nein
Haemophilus infl:	ja	nein	Hepatitis B:	ja	nein	Pneumokokken:	ja	nein
Meningokokken:	ja	nein	Sonstige 1:	ja	nein	Sonstige 2:	ja	nein

Welche Kinderkrankheiten wurden durchgemacht? (evtl. ergänzen)

Masern:	ja	nein	Windpocken:	ja	nein	Röteln:	ja	nein
Mumps:	ja	nein	Scharlach:	ja	nein	Keuchhusten:	ja	nein
Diphtherie:	ja	nein	Sonstige1:	ja	nein	Sonstige2:	ja	nein

Welche Operationen/ Krankenhausaufenthalte waren erforderlich? (Jahr, Grund, Dauer)

.....

.....

Liegen Allergien, chronische Krankheiten o. a. vor?

.....

.....

Wie ist das gewöhnliche Schlafverhalten? (evtl. Einnässen)

.....

.....

Bevorzugte Seite (bitte ankreuzen, ggf. daneben erläutern)

	Auge	Ohr	Hand	Fuß	
rechts					
links					

Lieblingsbeschäftigungen Ihres Kindes

Stärken Ihres Kindes

Schwächen, Schwierigkeiten

Ihre persönliche Einschätzung des allgemeinen Lernverhaltens Ihres Kindes

Lieblingsfach/ -tätigkeiten in der Schule

Liegen/ lagen Merkmale, Befunde vor die Ihr Kind in seinem Lernen und Arbeiten beeinträchtigen, z.B. Fehlsichtigkeit, Schwerhörigkeit, Sprachfehler, Sozial- und sonstiges Verhalten? (Bitte Atteste, Gutachten - auch zu bisher erfolgten Förder- und Therapiemaßnahmen beifügen.)

Sonstiges

Foto aus dem letzten Vierteljahr
kein Passbild, sondern möglichst ein Bild des ganzen Kindes

Ich/ wir erkläre/n, dass meine/ unsere Angaben vollständig
und richtig sind.

Ort: Datum:

Unterschriften:

per E-mail senden:

