

**SCHÜLERDATEN**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>PLZ, Wohnort und Teilort:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Sonstige Telefonnummer/NOTFALL:</b>	
<b>Handy:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	<b>Geburtsland:</b>
<b>Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>Muttersprache:</b>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/> _____
<b>Konfession:</b>	<input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> isl. (sunn.) <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sonstige _____
<b>Teilnahme am Religionsunterricht:</b>	<input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> Ethik (ab Kl. 5) <input type="checkbox"/> Alev. RU (nachmittags am THG, wenn angeboten)
<b>Datum der Ersteinschulung:</b>	
<b>Abgebende (Grund-)Schule:</b>	aus Klasse _____
<b>Besteht für Ihr Kind ein vom Schulamt festgestellter Bedarf auf sonderpädagogische Förderung oder wollen Sie diesen beantragen?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>INTERNE VERMERKE</b> -wird von der Schule ausgefüllt-	<input type="checkbox"/> siehe Erhebungsbogen auf der Rückseite <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Vorlage Impfpass / ärztliches Zeugnis <input type="checkbox"/> Merkblatt Infektionsschutzgesetz ausgegeben

## **ERHEBUNG VON KRANKHEITEN**

(bitte auch ausfüllen, wenn keine Krankheiten vorliegen)

Name, Vorname		
Krankheiten:	Zutreffendes ankreuzen	Medikamente/Bemerkungen
<b>ASTHMA</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>BLUTER</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>DIABETES</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>EPILEPSIE</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>HERZKRANKHEITEN</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>ALLERGIEN</b> (lebensbedrohlich)	<input type="checkbox"/>	
<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b> (z.B. Skoliose)	<input type="checkbox"/>	
<b>SONSTIGES</b> (z.B. ADS/ADHS/LRS/Dyskalkulie)	<input type="checkbox"/>	

### **ERZIEHUNGSBERECHTIGTE**

#### **MUTTER**

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **VATER**

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bestätigung der Angaben auf Richtigkeit, einschließlich der Schreibweisen der Namen, durch Unterschrift beider Erziehungsberechtigten (zwingend erforderlich).**

**Mutter:** \_\_\_\_\_

**Vater:** \_\_\_\_\_