

Anmeldung 5. Klasse Schuljahr 2024/2025



| | | | |
|---|--|--|----------|
| für <u>(Name, Vorname(n) - Rufname bitte unterstreichen)</u> | <input type="checkbox"/> m | geboren am | Religion |
| | <input type="checkbox"/> w | in | |
| | Staatsangehörigkeit (en) | | |
| Bei nicht deutschem Geburtsort: | Zuzugsart: | | |
| Zuzug nach Deutschland am: | <input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber | | |
| Muttersprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Nicht-Deutsch | <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Ausländer (nicht Asyl) <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| <u>Name Erziehungsberechtigter (Vater)</u> <u>Name Erziehungsberechtigter (Mutter)</u> | derzeit besuchte Schule (Name, Adresse) | | |
| Adresse | Englisch ab Jahrgangsstufe _____ | | |
| Telefon 1 | Sonderpädagogische Förderung erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja | | |
| Telefon 2 | LRS <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Antrag abgeben! | | |
| | Wiederholungen Jgst.: | | |
| E-Mail | Impfschutz Masern nachgewiesen: <input type="checkbox"/> | | |
| Zusätzliche Ansprechpartner | | | |
| Falls anderweitige Unterbringung am Nachmittag bitte hier angeben (Art, Adresse, Ansprechpartner) | | | |
| Gewählter Religionsunterricht | | | |
| <input type="checkbox"/> RK <input type="checkbox"/> IsU | | | |
| <input type="checkbox"/> EV | | | |
| <input type="checkbox"/> Ethik | | | |
| Einwilligung über die Weitergabe von Schülerunterlagen (BayScho §37 und §39) Ich bin mit der Weitergabe des Schüleraktes incl. aller Unterlagen von der abgebenden Schule an die Friedrich-Ebert-Mittelschule | | | |
| <input type="checkbox"/> einverstanden. <input type="checkbox"/> nicht einverstanden. | | | |
| Ort, Datum | | Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten / des volljährigen Teilnehmers | |

Ergänzende Informationen:

| |
|-----------------------|
| Name, Vorname: |
|-----------------------|

| | |
|--|--|
| Gibt es ein Kind, mit welchem Ihre Tochter/ Ihr Sohn gerne in die Klasse möchte? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Name: |
| Gibt es ein Kind, mit welchem Ihre Tochter/ Ihr Sohn <u>nicht</u> in die Klasse sollte? | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Name: |
| Gibt es noch etwas, was Sie uns als Erziehungsberechtigte über Ihr Kind mitteilen möchten? | <input type="checkbox"/> JA , und zwar.... |