

RUDOLF – STEINER – SCHULE SALZBURG
FREIE WALDORFSCHULE MIT ÖFFENTLICHKEITSRECHT



AUFNAHMEANTRAG

Für das Schuljahr /

Für
Name des Kindes

In die Klasse

Passbild

ANTRAG BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

KINDERSTAMM

Vorname: Familienname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Muttersprache: Staatsangehörigkeit:

Konfession: Bes. Religionsunterricht:

Versicherungsnummer: Hausarzt:

Besucher Kindergarten: seit:

Besucht Ihr Kind Eurythmie, Turnen, Malen, Musik od. sonstiges: seit:

..... seit:

• Bitte nur ausfüllen wenn das Kind aus einer anderen Schule kommt!

Schule derzeit:

Klasse derzeit: Datum d. Ersteinschulung:

Bisher besuchte Schule(n): **(bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei!)**

Von bis Klasse Schule

Von bis Klasse Schule

Von bis Klasse Schule

Geschwister:

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

Vorname: Geb.dat. Schule: Klasse:

• Bitte nur ausfüllen wenn das Kind nicht bei den Eltern wohnt!

Wohnhaft:

• Bitte nur ausfüllen wenn nicht die Eltern das Sorgerecht haben!

Sorgerecht:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG: zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule

JA, ich erteile die Einwilligung, mein Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden - Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
Siehe dazu Merkblatt für Eltern, welches mir / uns übergeben wurde.

NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

ADRESSENSTAMM

Mutter

Vorname: Familienname:
Straße: Land/Plz/Ort:
Tel. Priv.: Tel. Beruf:
Tel. Mobil: Fax:
Staatsangehörigkeit: Bundesland:
Geburtsdatum: Beruf:

Vater

Vorname: Familienname:
Straße: Land/Plz/Ort:
Tel. Priv.: Tel. Beruf:
Tel. Mobil: Fax:
Staatsangehörigkeit: Bundesland:
Geburtsdatum: Beruf:

Bitte erläutern Sie die folgenden zwei Fragen auf der Rückseite dieses Aufnahmeantrags:

- Welche Gründe veranlassen Sie, Ihr Kind der Waldorfschule zur Erziehung anzuvertrauen?
- Bitte geben Sie eine ganz persönliche Charakteristik Ihres Kindes:
Wie sehen Sie Ihr Kind? Worin macht es Ihnen Freude, worin Schwierigkeiten?

Möglichkeiten der Mitarbeit an der Schule:

Flohmarkt Bazar Gremien Schulküche Sonstiges

Nutzbare Kontakte:

Politik Medien Firmen Sonstiges

Nutzbare Fähigkeiten:

EDV Handwerk Unterricht Beratung Sonstiges

Nutzbarer Mitteleinsatz:

Personentransport Warentransport Geräte, Maschinen Objekte, Lager
Sachmittel Sonstiges

.....

Ort, Datum

.....
Unterschrift der Mutter

.....
Unterschrift des Vater

UNTERSUCHUNGEN/THERAPIEN

Gab es Therapien – was und in welchem Alter?

Gab es bereits schulrelevante Untersuchungen und in welchem Alter?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Legasthenie |
| <input type="checkbox"/> Motor. fein/grob Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Neuro. u. psycholog. Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnosen | <input type="checkbox"/> Teilleistungsdiagnosen |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Vorhandene schriftliche Untersuchungsergebnisse bitte beilegen.

KINDERKRANKHEITEN

	gehabt	geimpft
Windpocken/Schafblattern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPFUNGEN

- Pocken Tbc Keuchhusten Diphtherie Tetanus Polio Grippe Zecken
- Hepatitis Sonstige