



AUFNAHMEANTRAG

Für das Schuljahr /

Für
Name des Kindes

In die Klasse

Foto

KINDERSTAMM

Vorname: Familienname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Muttersprache: Staatsangehörigkeit:

Konfession: Bes. Religionsunterricht:

Versicherungsnummer:..... Hausarzt:.....

Besuchter Kindergarten: seit:

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

..... seit:

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 die Eltern nicht das Sorgerecht haben!**

Sorgerecht:

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

Schule derzeit:

Klasse derzeit: Datum d. Ersteinrichtung:

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

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: E-Mail

Staatsangehörigkeit: Bundesland:

Geburtsdatum: Beruf:

Vater

Vorname: Familienname:

Straße: Land/Plz/Ort:

Tel. Priv.: Tel. Beruf:

Tel. Mobil: Fax:

Staatsangehörigkeit: Bundesland:

Geburtsdatum: Beruf:

Bitte legen Sie folgende Dokumente vom Kind in Kopie bei:

Geburtsurkunde, Meldezettel und letztes Zeugnis

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 Vaters

Untersuchungen/Therapien

Gab es Therapien – was und in welchem Alter?

Gab es bereits schulrelevante Untersuchungen und in welchem Alter?

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

Vorhandene schriftliche Untersuchungsergebnisse bitte beilegen.

Kinderkrankheiten

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

Impfungen

- | | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Pocken | <input type="radio"/> Tbc | <input type="radio"/> Keuchhusten | <input type="radio"/> Diphtherie | <input type="radio"/> Tetanus | <input type="radio"/> Polio | <input type="radio"/> Grippe |
| <input type="radio"/> Zecken | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Sonstige | | | | |