



Städt. Gemeinschaftsgrundschule Lörick
Wickrather Straße 31, 40547 Düsseldorf

SCHÜLERANMELDUNG SCHULJAHR _____

in Klasse _____ Anmeldedatum: _____ Aufnahme zum: _____

Kind	Nachname des Kindes	Vorname des Kindes		Geburtsdatum
Anschrift (Str. Nr., PLZ Ort)		Geburtsort	Geburtsland	Zuzugsdatum (bei Migrationshintergrund)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	Familiensprache	Deutschkenntnisse <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse <input type="checkbox"/> gar nicht	Antrag auf <input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Zurückstellung
Konfession <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> jüdisch <input type="checkbox"/> ohne Konfession <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> orthodox <input type="checkbox"/> syrisch-orthodox <input type="checkbox"/> andere Konfession: _____				

Eltern	Vater <small>sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</small> Nein -> Bescheid <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	Mutter <small>sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</small> Nein -> Bescheid <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Nachname, Vorname		
Anschrift - falls abweichend		
Staatsangehörigkeit		
Geburtsland		
Beruf (freiwillig)		
Handy	1. Notfallnummer ankreuzen!	
Telefon zuhause/ Arbeit		
E-Mail	1. E-Mail ankreuzen!	

Geschwister <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl _____ Alter _____
Impfschutz gegen Masern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor
Düsselpass <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Befreiung vom Schulbuch-Geld) <input type="checkbox"/> Kopie vorhanden gültig bis zum _____ <input type="checkbox"/> ALG II <input type="checkbox"/> Sozialhilfe SGB XII



Name des Kindes: _____

Kindergarten (Name, Adresse)		Besuchsjahre	Sprachförderung im Kindergarten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Einverständniserklärung: Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Schule zum Kindergarten Kontakt aufnimmt. →			Unterschrift: _____				
Hinweise auf gesundheitliche Beeinträchtigungen (z.B. Allergien, Brillenträger, hörgeschädigt, Sprachstörungen, behindernde Verletzungen, Befreiung vom Sportunterricht mit ärztlichem Attest ...):							
Abgeschlossene bzw. laufende Therapien / Einnahme von Medikamenten:							
HSU (Herkunftssprachlicher Unterricht): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>Findet 1x/ Woche nachmittags an einer anderen Schule statt.</small>		Sprache: _____	Verbindliche Anmeldung zum HSU: Datum: _____ Unterschrift der Eltern: _____				
<small>Sprachen: Albanisch, Arabisch, Bosnisch, Bulgarisch, Chinesisch, Farsi, Französisch, Griechisch, Italienisch, Japanisch, Koreanisch, Kroatisch, Mazedonisch, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Thailändisch, Türkisch, Ukrainisch</small>							
OGS / Betreuung Erwünschte Form →	<input type="checkbox"/> keine	Ganztagsklasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>(OGS – 16.30h: bindend bis Ende 4. Klasse, auch nachmittags Unterricht, OGS im Klassenverband)</small>	<small>Priorität</small> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Offener Ganztag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>(OGS – 16.30h: kündbar zum Schuljahresende, Unterricht vormittags, klassengemischte Gruppen)</small>	<small>Priorität</small> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis 14h	<small>Priorität</small> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Mutter/ Vater alleinerziehend <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Berufstätigkeit	Mutter: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sprach-/Integrationskurs <input type="checkbox"/> keine		Vater: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Sprach-/Integrationskurs <input type="checkbox"/> keine				
Mit wem würde das Kind gerne in die Klasse gehen? - Nur ein Kind angeben:			Zweitwunsch Schule:				
Nur bei Schulwechsel (Klasse 1-4) Vorherige Schule: Adresse, Tel:		Klasse: _____	Einschulungsdatum: vom: _____ bis: _____	<input type="checkbox"/> Wiederholung der Klasse _____			
			Seiteinsteigerförderung <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____				

Hiermit melde ich mein/ melden wir unser Kind zur Aufnahme in die GGS Lörick an. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben, auch im Einverständnis des anderen Elternteiles. Änderungen dieser Angaben werde ich sofort der Schule bekannt geben.

Ort, Datum

Unterschrift/en