

Schülerstammblatt

Name, Vorname des Schülers/der Schülerin		Geb.-Datum:		Asylbewerber: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Erstsprache deutsch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Familiensprache:	Geb.-Ort/Land:	Krankenkasse:
Anschrift des Schülers/der Schülerin:				
Name und Anschrift des Kindergartens/der Kindertagesstätte :				
Anzahl der besuchten Jahre in der Einrichtung:				
Wurde zur Teilnahme am Sprachförderunterricht verpflichtet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein hat teilgenommen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Religionszugehörigkeit des Kindes:				
<input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> orth. <input type="checkbox"/> syr.-orth. <input type="checkbox"/> alev. <input type="checkbox"/> jüd. <input type="checkbox"/> and. <input type="checkbox"/> o. Bek. <input type="checkbox"/> sonstige				
Name, Vorname der Mutter:		Name, Vorname des Vaters:		
erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anschrift der Mutter:		Anschrift des Vaters:		
Telefon/Mobil:		Telefon/Mobil:		
Beruf:		Beruf:		
Geburtsland der Mutter:		Geburtsland des Vaters:		
Staatsangehörigkeit der Mutter:		Staatsangehörigkeit des Vaters:		
Geburtsland des Schülers/der Schülerin:	Staatsangehörigkeit des Schülers/der Schülerin	Evtl.: Zuzugsjahr des Kindes:		
Das Kind soll am Herkunftssprachenunterricht in _____ teilnehmen (Sprache)				

Hiermit erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die obigen Daten zu Verwaltungszwecken gespeichert werden. Die Angaben sind freiwillig. Die Datenschutzverordnung hing zur Kenntnisnahme aus.

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Zusätzliche Angaben:

Wichtige Hinweise für die Schule (freiwillige Angaben!): z.B. Medikamente, Brille, Krankheiten, Sprache, eingeleitete/durchgeführte Therapien

Freiwillige Angabe: Bei Empfängern von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (ARGE II, Hartz IV, Sozialhilfe, Wohngeld...):

Wir haben Anspruch auf Mittel aus dem Bildungs- und Teilhabepaket

Mein Kind möchte gerne mit folgendem Kind in eine Klasse gehen:

Wie schätzen Sie die allgemeine Sprachentwicklung Ihres Kindes ein?

sehr gut gut mittel nicht so gut

Hat oder hatte Ihr Kind Sprachprobleme?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Spricht das Kind sowohl die Familiensprache (nicht Deutsch) als auch die deutsche Sprache ?

ja nein

In welcher Sprache unterhalten sich die Familienmitglieder miteinander?

mit Mutter: _____ mit Geschwistern: _____

mit Vater: _____ mit Großeltern: _____

Wie würden Sie die Kenntnisse Ihres Kindes in der deutschen Sprache bewerten?

sehr gut gut mittel nicht so gut

Bei Interesse an einer Betreuung des Kindes:

- Wir wünschen einen Platz im Offenen Ganzttag.
- Wir wünschen eine Betreuung bis 13:30 h (ohne Mittagessen)

Bei Aufnahme im Offenen Ganzttag:

- Wir sind zum Wohle unseres Kindes damit einverstanden, dass die Mitarbeiterinnen des Offenen Ganztags und die LehrerInnen eng zusammen arbeiten.

Sonstige Hinweise:
