Katharinenschule, Hopfenweg 1, 49456 Bakum



🕾 04446/961030 🖷 04446/961040 mail: Katharinenschule-Bakum@t-online.de

Anmeldung zum Schulbesuch 2023/2024

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schüler/Schülerin** | | |
| Name: | | Vorname(n): |
| Geschlecht: | | Konfession: |
| Geb.-Datum: | | Geb. Ort: |
| Staatsangehörigkeit: | | Geburtsland: |
| Straße: | | PLZ/Ort: |
| 1. Telefon-Nr.: | | Notfall-Telefon-Nr.: |
| **Bescheinigung Masernschutz vorgelegt**: | |  |
| **Erziehungsberechtigte** | | |
| **Mutter** | Name: | Vorname: |
| Evtl. abweichende Anschrift (Straße, Ort) | Staatsangehörigkeit: |
| Handy-Nr. | Sorgeberechtigt:  ja  nein |
| @-Mail-Adresse | |
|  | | |
| **Vater** | Name: | Vorname: |
| Evtl. abweichende Anschrift (Straße, Ort) | Staatsangehörigkeit: |
| Handy-Nr. | Sorgeberechtigt:  ja  nein |
| @-Mail-Adresse | |
|  | | |
| Bei Migrationshintergrund: Seit wann sind Sie in Deutschland? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Welche Sprache sprechen Sie mit Ihrem Kind? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Festgestellte, für den Schulbesuch bedeutsame Erkrankungen/Behinderungen: | | |
| Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind derzeit?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Einverständniserklärung Ich bin damit einverstanden, dass die Schulleitung der Katharinenschule mündliche  und schriftliche Auskünfte über mein Kind beim Kindergarten einholt. **□ ja □ nein** | | |

\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift d. 1. Erz. - Ber. Unterschrift d. 2. Erz. - Ber.