Katharinenschule, Hopfenweg 1, 49456 Bakum



🕾 04446/961030 🖷 04446/961040 mail: verwaltung@katharinenschule-bakum.de

Anmeldung zum Schulbesuch 2024/2025

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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? | | In welcher Gruppe ist Ihr Kind? | |
| 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.