Katharinenschule, Hopfenweg 1, 49456 Bakum



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

Anmeldung zum Schulbesuch 2025/2026

|  |
| --- |
| **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?  |
| EinverständniserklärungIch 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.