



Aufnahmeantrag

I. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name des Kindes _____

Geschlecht _____

Geburtstag/-ort _____

Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____

Jahr der Ersteinschulung _____

An welcher Grundschule ist Ihr Kind gelistet (Einschulung 1. Klasse)?

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind derzeit?

Anmeldung für Klasse: _____

Ist bei Ihrem Kind ein festgestellter Förderbedarf (AO-SF-Verfahren) vorhanden? _____ Nein _____ Ja, welcher?

Mutter

Name _____

Geburtstag/-ort _____

Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____

Straße _____

PLZ Wohnort _____

Telefon privat _____

Telefon geschäftlich _____

Telefon mobil _____

Email _____

Beruf _____

Tätigkeit derzeit _____

Arbeitgeber _____

Vater

Name _____

Geburtstag/-ort _____

Staatsangehörigkeit _____

Konfession _____

Straße _____

PLZ Wohnort _____

Telefon privat _____

Telefon geschäftlich _____

Telefon mobil _____

Email _____

Beruf _____

Tätigkeit derzeit _____

Arbeitgeber _____

Wohnsitz des Kindes: ___ bei Eltern ___ bei Mutter ___ bei Vater ___ bei anderen

Kindschaftsverhältnis: ___ Eltern ___ Adoptiveltern ___ Sonstige _____

Sind die Eltern miteinander verheiratet? ___ Ja ___ Nein

Falls nein, wer ist sorgeberechtigt? ___ Beide ___ Mutter ___ Vater ___ Andere: _____

Bitte legen Sie uns ggf. eine Kopie der Sorgeerklärung bzw. des Gerichtsbeschlusses vor. Erfolgt während der Schulzeit Ihres Kindes eine Veränderung, ist eine schriftliche Mitteilung an die Verwaltung erforderlich.

Geschwister

Name	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Klasse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Berichte, Zeugnisse und persönliche Korrespondenz sind zu richten an:

_____ Telefon _____

An wen kann sich die Freie Waldorfschule Lienen in Notfällen oder bei wichtigen Ereignissen wenden?

1. Person: _____

Telefon: _____

2. Person: _____

Telefon: _____

II. Kindergärten/Schulen

Kindergärten _____ Ort _____ von/bis: _____

_____ Ort _____ von/bis: _____

Schulen _____ Ort _____ von/bis: _____

_____ Ort _____ von/bis: _____

Wiederholte/Übersprungene Klasse _____ Schuljahr: _____

III. GESUNDHEITZUSTAND

Kinderkrankheiten _____

Allergien, wenn ja welche? _____

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft? ____ Ja ____ Nein

Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? ____ Nein ____ Ja, welche?

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes? (ggfs. Angaben aus dem Vorsorgeheft)

IV. VERSICHERUNGEN

Krankenkasse _____

Versicherungsnehmer _____

Mitgliedsnummer _____

Haftpflichtversicherung _____

Unfallversicherung _____

V. FÄHIGKEITEN, BEGABUNGEN, NEIGUNGEN

Bitte geben Sie eine kurze Charakteristik Ihres Kindes. Wie sehen Sie Ihr Kind? Worin macht es Ihnen Freude, Ihnen Schwierigkeiten? Welche besonderen Eigenschaften hat es, welche Anlagen?

