

## Anmeldung für das Schuljahr 2021 / 2022 im Schulbezirk II

Alle Kinder, die bis zum 30.09.2021 das sechste Lebensjahr vollenden, sind in einer Grundschule durch die Eltern (Personensorgeberechtigten) anzumelden.

Sehr geehrte Eltern,

entsprechend der derzeit gültigen Satzung der Stadt Eisenhüttenstadt zur Bildung der Schulbezirke für Grundschulen bilden folgende 2 Schulen einen gemeinsamen Schulbezirk. Ihren Schulwunsch können Sie hier eintragen und mit dem Schulsekretariat einen Termin vereinbaren.

### Schulwunsch im Schulbezirk II (zutreffendes bitte ankreuzen)

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

**Diesterweg-Grundschule**, An der Schleuse 2

**Grundschule „J. W. v. Goethe“**, Kastanienstraße 10-12

### Bitte beachten Sie:

Ein Rechtsanspruch auf den Besuch der gewünschten Grundschule im Schulbezirk besteht leider nicht. Über die Aufnahme entscheidet nach den jeweiligen Aufnahmekapazitäten die Schulleitung.

### Mitzubringen zum Termin der Schulanmeldung sind:

Kopie der Geburtsurkunde

Erfassungsbogen der "Grenzsteine der Entwicklung" der Kita

Sprachstandsfeststellungsbogen

Entwicklungsberichte der Frühförderung

Diagnosen

Portfolio der Kita

Sonstiges

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

### Daten Ihres Kindes

|                     |  |                                             |     |                          |                             |
|---------------------|--|---------------------------------------------|-----|--------------------------|-----------------------------|
| Familienname        |  | Vornamen<br>(Rufname ist zu unterstreichen) |     | Geschlecht               |                             |
|                     |  |                                             |     | <input type="checkbox"/> | männlich                    |
|                     |  |                                             |     | <input type="checkbox"/> | weiblich                    |
|                     |  |                                             |     | <input type="checkbox"/> | divers<br>(bitte ankreuzen) |
| Straße, Hausnummer  |  | PLZ                                         | Ort |                          |                             |
| Geburtsdatum        |  | Geburtsort                                  |     |                          |                             |
| Staatsangehörigkeit |  |                                             |     |                          |                             |
| Herkunftsland       |  |                                             |     |                          |                             |

**Weitere Angaben zu Ihrem Kind**

|                                                                      |                                           |                          |                               |                          |                          |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Adresse und Telefon des Hausarztes                                   |                                           |                          |                               |                          |                          |
| Krankenkasse                                                         |                                           |                          |                               |                          |                          |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen<br>(zutreffendes bitte ankreuzen) | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, welche:                          |                          |                               |                          |                          |
| Allergien                                                            | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, welche:                          |                          |                               |                          |                          |
| Einnahme von Medikamenten                                            | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, welche:                          |                          |                               |                          |                          |
| erhielt oder erhält Ihr Kind                                         | Physiotherapie                            | <input type="checkbox"/> | Logopädie                     | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                      | Ergotherapie                              | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                          |
|                                                                      | andere:                                   |                          |                               |                          |                          |
| regelmäßige ärztliche Behandlung                                     | HNO                                       | <input type="checkbox"/> | SPZ                           | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                      | Augenarzt                                 | <input type="checkbox"/> | Psychologe                    | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                      | Orthopäde                                 | <input type="checkbox"/> |                               |                          |                          |
|                                                                      | andere:                                   |                          |                               |                          |                          |
| Behinderung                                                          | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, welche:<br>Grad der Behinderung: |                          |                               |                          |                          |
| Ist Ihr Kind ein Integrationskind?                                   | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, Förderschwerpunkt:               |                          |                               |                          |                          |
| Erhält Ihr Kind Frühförderung?                                       | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                      | Wenn ja, Förderschwerpunkt:               |                          |                               |                          |                          |

**Daten der Eltern bzw. der Personensorgeberechtigten**

|               |                    |  |                                         |     |
|---------------|--------------------|--|-----------------------------------------|-----|
| <b>Mutter</b> | Familienname       |  | Vorname                                 |     |
|               | Straße, Hausnummer |  | PLZ                                     | Ort |
|               | Telefon mobil      |  | Telefon Festnetz Telefonnummer tagsüber |     |
|               | Email              |  |                                         |     |
| <b>Vater</b>  | Familienname       |  | Vorname                                 |     |
|               | Straße, Hausnummer |  | PLZ                                     | Ort |
|               | Telefon mobil      |  | Telefon Festnetz Telefonnummer tagsüber |     |
|               | Email              |  |                                         |     |

**Personensorgeberechtigte sind**

|                                          |                                   |                                    |                                   |
|------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| (Bitte ankreuzen)                        | Beide<br><input type="checkbox"/> | Mutter<br><input type="checkbox"/> | Vater<br><input type="checkbox"/> |
| <b>sonstige Personensorgeberechtigte</b> |                                   |                                    |                                   |

**Geschwister Ihres Kindes an der Grundschule**

|   | Familienname | Vorname | Grundschule | Geburtsdatum |
|---|--------------|---------|-------------|--------------|
| 1 |              |         |             |              |
| 2 |              |         |             |              |
| 3 |              |         |             |              |

**Hortbetreuung****Soll Ihr Kind den Hort an der Schule besuchen?** (Bitte ankreuzen)nein ☐ja ☐

Bitte wenden Sie sich **nach Erhalt des Aufnahmebescheides der Schulleitung** an die **Servicestelle Kinderbetreuung** des Fachbereiches Familie und Schule, Am Trockendock 1A, um die Aufnahme Ihres Kindes vertraglich zu regeln.

Die Erhebung und die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage der Brandenburgischen Datenschutzgesetzes und der Datenschutzverordnung Schulwesen (DSV).

---

Datum und Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten