



## Fragebogen zur Schulaufnahme

### ANGABEN ZUM KIND

Für das Schuljahr: \_\_\_\_\_ in die Jahrgangsstufe: \_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_  
(Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: m/w : \_\_\_\_

Geburtsurkunde  liegt bei  
 wird nachgereicht

Religionszugehörigkeit:  rk  oB  ev  andere: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
( Vor- und Zuname der Erziehungsberechtigten )

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
( e-mail )

Nationalität des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsort (ggf. -Land): \_\_\_\_\_

Geburtsort (der Mutter): \_\_\_\_\_ Geburtsort (des Vaters): \_\_\_\_\_

Zuzugsjahr nach Deutschland: \_\_\_\_\_

#### Familiensituation

- Leibliches Kind  Eltern verheiratet  
 Pflegekind  Eltern geschieden  
 Adoptivkind  Eltern wiederverheiratet  
 Alleinerziehend

Anzahl/Alter der Geschwister: Schwestern: \_\_\_\_\_ Brüder: \_\_\_\_\_

Geschwister an der Montessori-Schule

Bitte kleben Sie hier  
ein möglichst  
aktuelles Foto Ihres  
Kindes ein.

### SPRACHEN

Welche Sprache kann Ihr Kind		verstehen	sprechen	lesen	schreiben?
Erste Sprache		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweite Sprache		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dritte Sprache		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BESUCHTE SCHULEN ODER KINDERGÄRTEN

Wurde ein Antrag auf vorzeitige Einschulung gestellt?  ja  nein

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten)  ja  nein

Namen und Ort des Kindergarten: \_\_\_\_\_

Besucht Ihr Kind eine Schule?  ja  nein

**Wichtig:** Namen und Ort der derzeitigen oder zugewiesenen Schule: \_\_\_\_\_

In Klassenstufe:

Hat Ihr Kind eine Klasse übersprungen?  ja  nein

Hat Ihr Kind jemals eine Klasse wiederholt?  ja  nein

## ZUSÄTZLICHE DATEN ZUM KIND

Hat Ihr Kind, nach Ihrem Kenntnisstand, Lernschwierigkeiten  ja  nein

Wurde Ihr Kind jemals auf Hochbegabung getestet?  ja  nein

Hat Ihr Kind physische Schwierigkeiten?  ja  nein

Hat Ihr Kind psychische Schwierigkeiten?  ja  nein

Wurde bei Ihrem Kind eine Lese-Rechtschreibschwäche festgestellt?  ja  nein

Wurde bei Ihrem Kind eine Rechenschwäche festgestellt?  ja  nein

Wurde bei Ihrem Kind ADHS diagnostiziert?  ja  nein

Wurde bei Ihrem Kind ADS diagnostiziert?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine besondere Seh- oder Hörschwäche?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind körperliche Beeinträchtigungen?  ja  nein

Hat Ihr Kind Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung?  ja  nein

Wenn ja, braucht Ihr Kind zusätzliche Betreuung?  ja  nein

Nimmt Ihr Kind an einer Therapie teil?  ja  nein

Liegt bei Ihrem Kind eine Sonderschulempfehlung vor?  ja  nein

Benötigt Ihr Kind eine Integrationskraft?  ja  nein

Bemerkung:

Falls Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben, führen Sie bitte Ihre Erklärungen auf einem zusätzlichen Blatt aus und fügen es dem Fragebogen alle relevanten Dokumente hinzu.

Mit der Unterschrift bestätige/n ich/wir nach bestem Wissen und Gewissen die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern

