



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



WEITERFÜHRENDE ANGABEN

Warum soll Ihr Kind die Bilinguale Montessori Schule besuchen? Welche Erwartungen haben Sie? (ggf. extra Blatt verwenden)

Charakterisieren Sie kurz Ihr Kind (ggf. extra Blatt verwenden)
