



**Datenblatt für die Anmeldung  
Grundschule Distelbeck Schuljahr 27/28**

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name des Kindes:                                                                                                                                                                       | _____ m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |
| Staatsangehörigkeit:                                                                                                                                                                   | _____                                                                                                                                                                                                                                        |
| Religionszugehörigkeit:                                                                                                                                                                | _____                                                                                                                                                                                                                                        |
| Geburtsdatum:                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Name des/der Erziehungsberechtigten:                                                                                                                                                   | M: _____ Geburtsland: _____<br>V: _____ Geburtsland: _____                                                                                                                                                                                   |
| Anschrift:                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Mobil:                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |
| E-Mail-Adresse:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Familiensprache:                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                              |
| Förderung/Diagnostik?                                                                                                                                                                  | Logopädie <input type="checkbox"/><br>Ergotherapie <input type="checkbox"/><br>Frühförderung <input type="checkbox"/><br>Diagnostik <input type="checkbox"/><br>Masernimpfung <input type="checkbox"/><br>Allergien <input type="checkbox"/> |
| Name des Kindergartens?                                                                                                                                                                | Wie viel Jahre:                                                                                                                                                                                                                              |
| Betreuungsplatz gewünscht: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    | Geschwisterkind bereits in der OGS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Ich bin alleinerziehend und berufstätig oder befinde mich in einer Ausbildung und lebe <b>nicht</b> mit einem ehelichen oder nichtehelichen Partner zusammen. |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Wir sind <b>beide</b> berufstätig und /oder in der Ausbildung oder im Studium.                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Ich/wir sind <b>nicht</b> berufstätig.                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |