

## Datenblatt zur Anmeldung

Sehr geehrte Eltern,

um über die Aufnahme Ihres Kindes in der Samuel-Heinicke-Schule entscheiden zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Diese Daten werden intern gespeichert und an Dritte nur herausgegeben, soweit es für die Durchführung der Beschulung erforderlich ist (insbesondere an öffentliche Stellen).

### Daten zum Schüler (bitte gut leserlich ausfüllen):

Name des Schülers/der Schülerin	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;">Nachname</td> <td style="border: none;">Vorname/n</td> </tr> </table>	Nachname	Vorname/n
Nachname	Vorname/n		
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geburtsland			
In Deutschland lebend	seit Geburt <input type="checkbox"/> seit _____ (Jahr)		
Staatsangehörigkeit			
in der Familie wird ...	_____ (Sprache) gesprochen		
Bekenntnis	rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis <input type="checkbox"/> andere _____		
Krankenversicherung des Kindes	Krankenkasse: _____ mitversichert bei _____		
Kind lebt bei	Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere Personen <input type="checkbox"/> Namen und Anschrift: _____ _____ _____		

Die Unterbringung im evangelischen **Studienheim Augustinum** ist erwünscht: ja  nein

Der Besuch der **Tagesstätte** ist erwünscht: ja  nein

(Anfrage evangelisches Studienheim / Tagesstätte: siehe separates Anmeldeformular)

## Daten zu den Erziehungsberechtigten:

<b>Vater</b>		
Name u. Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Beruf		
erziehungsberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
gehörlos	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Telefon privat:	Telefon dienstlich: <input type="checkbox"/> halbtags von .....bis .....Uhr <input type="checkbox"/> ganztags von .....bis .....Uhr	Telefon mobil:
Fax privat:	Fax dienstlich:	E-Mail-Adresse:

<b>Mutter</b>		
Name u. Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Beruf		
erziehungsberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
gehörlos	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Telefon privat:	Telefon dienstlich: <input type="checkbox"/> halbtags von .....bis .....Uhr <input type="checkbox"/> ganztags von ..... bis .....Uhr	Telefon mobil:
Fax privat:	Fax dienstlich:	E-Mail-Adresse:

evtl. andere Art der Erziehungsberechtigung (Anschrift und Telefonnummer)	_____ _____ _____
--	-------------------------

Die vorgenannten Daten werden für die Abwicklung des Schulverhältnisses an der Samuel-Heinicke-Realschule gespeichert. Ohne Einwilligung des Betroffenen werden Daten nicht an Dritte weitergegeben.

## wichtige Informationen zur Person des Schülers:

Ist der Schüler / die Schülerin schwerhörig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat das Kind Hörgeräte?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist der Schüler / die Schülerin gehörlos?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist der Schüler / die Schülerin gebärdenkompetent?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Ist der Schüler / die Schülerin CI-Träger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin eine Legasthenie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin eine Sehbeeinträchtigung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin eine AVWS?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin ein ADS?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin ein ADHS?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin Epilepsie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin Diabetes?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin Autismus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin sonstige Krankheiten oder Syndrome? wenn ja, welche?  _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin psychische Beeinträchtigungen? wenn ja, welche?  _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hat der Schüler / die Schülerin einen Schwerbehindertenausweis? wenn ja, wie viel Prozent? _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Benötigt der Schüler / die Schülerin regelmäßig Medikamente? wenn ja, welche? _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## Daten zum Schulbesuch

**Beantragter Schulbesuch** für das Schuljahr 2010 / 2011 in folgende Jahrgangsstufe:

- 5     6     7     8   
 9     10     11     9 ü

nur anzukreuzen bei Aufnahme in eine höhere Jahrgangsstufe (nach der 6. Klasse):

- Wahlpflichtfächergruppe I   
 Wahlpflichtfächergruppe II   
 Wahlpflichtfächergruppe III

Mein Kind soll folgende Sprachlerngruppe besuchen

- Sprachlerngruppe I (integrativ)   
 Sprachlerngruppe II (schwerhörig)   
 Sprachlerngruppe III (gehörlos, LbG)   
 Sprachlerngruppe IV (gehörlos, bilingual)   
 Sprachlerngruppe V (AVWS)

### Derzeitiger Schulbesuch:

Schulart	GS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> Gym <input type="checkbox"/>  Förderzentrum <input type="checkbox"/> - Sprachlerngruppe _____  sonstiges <input type="checkbox"/> _____
Name der Schule	
Schulort	
Jahrgangsstufe	

### Folgende Jahrgangsstufen wurden wiederholt:

Schulart	Jahrgangsstufe	Schuljahr	
			freiwillig <input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/>
			freiwillig <input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

