



Anmeldung für die IGS Oyten zum Schuljahr 20__/__

Personaldaten des Schülers / der Schülerin

| | | |
|---|---|---|
| Name | Offizieller Vorname/Rufname (<i>bitte unterstreichen</i>) | |
| geboren am | Geburtsort | |
| Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich | Konfession <input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> katholisch <input type="radio"/> islamisch <input type="radio"/> ohne <input type="radio"/> sonstige: _____ | |
| Staatsangehörigkeit | Anzahl der Geschwister | |
| Straße | PLZ und Ort | |
| Mutter <input type="radio"/> sorgeberechtigt | Vater <input type="radio"/> sorgeberechtigt | |
| Name, Vorname | Name, Vorname | |
| Anschrift | Anschrift | |
| Telefon | Telefon | |
| Handy | Handy | |
| Notfallnummer | | |
| Email | Email | |
| Ich stelle einen Antrag auf Schülerbeförderung. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | | |
| Hierzu bitte das entsprechende Formular ausfüllen! | | |
| Derzeitige Schule | Klasse | Klassenlehrer/in |
| Einschulungsjahr | ggf. Wiederholung der Klasse | Halbjahreszeugnis liegt vor <input type="radio"/> |
| Ggf. 2. Fremdsprache (nur bei Anmeldung für einen höheren Jahrgang nötig) | | |



1. **Mein Kind ist getestet worden und gilt als hochbegabt:** nein ja

Hinweise zum Untersuchungsergebnis:

2. **Fand eine Beratung durch Basis oder eine Überprüfung zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs statt?** nein ja

Am _____ wurde folgender Unterstützungsbedarf anerkannt:

3. **Mein Kind hat folgende Körperbehinderung oder Krankheit:**
-

Hinweise zu regelmäßigen Medikamenteneinnahmen: _____

Hundehaarallergie: nein ja

4. **Mein Kind hat eine Lese-Rechtschreib-Schwäche:** nein ja

• Das Kind wurde bereits überprüft: nein ja

• Von wem? _____ wann? _____

• Das Kind befindet sich zurzeit in Therapie: nein ja

5. **Mein Kind hat Dyskalkulie (Mathematik-Schwäche):** nein ja

• Das Kind wurde überprüft: nein ja

• Von wem? _____ wann? _____

• Das Kind befindet sich zurzeit in Therapie: nein ja

6. **Mein Kind ist** Schwimmer/in und hat folgendes Schwimmbzeichen: _____

Mein Kind ist Nicht- bzw. Schwachschwimmer

7. **Mein Kind möchte in dieselbe Klasse wie
(max. 2 Wünsche angeben! Wir versuchen, einen Wunsch zu erfüllen.):**
-

.....
Ort, Datum

Tel: 04207-9122-0

Fax: 04207-9122-21

schulleitung@igs-oyten.eu

www.igs-oyten.de

.....
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Öffnungszeiten Sekretariat:

Mo-Do: 7.30-15.00 Uhr + Fr: 7.30-13.00 Uhr