

Klasse:

# Anmeldung an der Grundschule

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Bodelschwinghschule  
-Offene Ganztagschule-  
Ahornallee 10, 59063 Hamm  
Tel. 02381/9159880

bodelschwinghschule@grbo.schulen-hamm.de

Datum: \_\_\_\_\_

## SCHÜLERDATEN

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vorname                |
| Straße, Hausnr., PLZ, Ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |
| E-Mail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Telefon (Festnetz)     |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Geburtsort             |
| Geschlecht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1. Staatsangehörigkeit |
| Konfession<br><input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> alevit. <input type="checkbox"/> jüd. <input type="checkbox"/> orthod. <input type="checkbox"/> syr.-orthod. <input type="checkbox"/> ohne Konf. <input type="checkbox"/> sonstige: |                        |
| Gesundheitliche Besonderheiten (z.B. Allergien, Asthma, Epilepsie, Medikamenteneinnahme, Brille o.ä.):                                                                                                                                                                                                                    |                        |
| Masernschutz-Nachweis vorhanden<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      nachgereicht am: _____                                                                                                                                                                                                  |                        |

## MIGRATIONSHINTERGRUND

|                                                          |                        |                        |
|----------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Migrationshintergrund vorhanden | Geburtsland des Kindes | Zuzugsjahr             |
| Verkehrssprache in der Familie                           | Geburtsland der Mutter | Geburtsland des Vaters |

## VORSCHULENTWICKLUNG

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besuch des Kindergartens<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Name des Kindergartens<br><input type="checkbox"/> Liebfrauen <input type="checkbox"/> Jona <input type="checkbox"/> Kidron <input type="checkbox"/> Spatzennest <input type="checkbox"/> Zauberburg <input type="checkbox"/> Kita Stiftstrasse <input type="checkbox"/> Zauberblume <input type="checkbox"/> Movere<br>Löwenzahn <input type="checkbox"/> St. Elisabeth (Schellingstr.) <input type="checkbox"/> St. Elisabeth (Bradfordstr.) <input type="checkbox"/> Martin Luther <input type="checkbox"/> Ahsestrolche<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Integrativer Kindergartenplatz<br><input type="checkbox"/> Ergänzende Sprachförderung erhalten? Wo?:<br><input type="checkbox"/> Bekommt besondere Fördermaßnahme wie z.B. Logopädie, Motopädie (Psychomotorik) oder ähnliches                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## PERSONALIEN DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

|                                                                                                                                                                                                       |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Erziehungsberechtigt ist/sind<br><input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Sonstige |                                |
| Name, Vorname des Vaters                                                                                                                                                                              | Name, Vorname der Mutter       |
| Straße, Hausnr.                                                                                                                                                                                       | Straße, Hausnr.                |
| PLZ, Ort                                                                                                                                                                                              | PLZ, Ort                       |
| Staatsangehörigkeit des Vaters                                                                                                                                                                        | Staatsangehörigkeit der Mutter |

## NOTFALLNUMMERN

|                                         |                                                |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Handy Mutter:  | <input type="checkbox"/> Handy Vater:          |
| <input type="checkbox"/> Arbeit Mutter: | <input type="checkbox"/> Arbeit Vater:         |
| <input type="checkbox"/> Großeltern:    | <input type="checkbox"/> Tante/Onkel/Nachbarn: |

## BETREUUNG (Abfrage/Keine Anmeldung !!!)

|                                                                |                             |                               |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist die Anmeldung an der Offenen Ganztagschule erwünscht?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist die Anmeldung für die OGS-Zusatzbetreuung (ÜMI) erwünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## YOU-CARD

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind besitzt eine You-Card. You-Card Nr.: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------|

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VERÖFFENTLICHUNG/WEITERGABE

- ☐ Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung von Fotos (keine Portraits) im Rahmen von Schulprojekten in verschiedenen Medien wie z.B. Zeitung, Radio, Internet usw. einverstanden.
- ☐ Ich bin/Wir sind mit der Weitergabe meiner/unserer Anschrift im Rahmen des Projektes „JeKits“ an die Städtische Musikschule einverstanden.
- ☐ Ich bin/Wir sind mit der Weitergabe des Namens meines/unseres Kindes in anonymisierter Form für den „Sportmotorischen Test“ des Stadtsporthundes einverstanden.
- ☐ Ich entbinde/Wir entbinden die Kita meines/unseres Kindes von der Schweigepflicht gegenüber Lehrkräften und sozialpädagogischen MitarbeiterInnen der Bodelschwingschule.
- ☐ Ich bin/Wir sind mit der Weitergabe der Dokumente bei einem Schulwechsel einverstanden.
- ☐ Ich bin/Wir sind mit der Nutzung von IServ (schulinterne Kommunikationsplattform (gemäß sep. Datenschutzerklärung) einverstanden

**Diese Einverständniserklärungen gelten bis zum Widerruf!**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**ZWEITWUNSCH DER SCHULE** \_\_\_\_\_

Geschwisterkind an der Bodelschwingschule: \_\_\_\_\_

## SONSTIGES (NUR SCHULLEITUNG)

|                         |
|-------------------------|
| _____<br>_____<br>_____ |
|-------------------------|

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der Erziehungsberechtigten