



# Bischöfliche Grundschule St. Matthias

## - Aufnahmeantrag -

Kind	Name	Vorname	Geschlecht	Geb.-Datum	Geb.-Ort
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Tag Monat Jahr	
	Straße / Nr.	Postleitzahl und Wohnort		Konfession	Krankenkasse
	Staatsangehörigkeit	Familiensprache	Kindergarten		Eintrittsdatum
	Zuzugsdatum, falls Ihr Kind nicht in Deutschland geboren wurde .....				
Beeinträchtigung des Kindes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Wenn ja, welche		
Krankheit des Kindes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			Wenn ja, welche		
Vater	<input type="checkbox"/> Leiblicher Vater	Staatsangehörigkeit	Telefon privat	Telefon Mobil	Telefon dienstlich
	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter				
	Name	Vorname	Beruf		
	Straße / Nr.	Postleitzahl und Wohnort		Konfession	Krankenkasse
Mutter	<input type="checkbox"/> Leibliche Mutter	Staatsangehörigkeit	Telefon privat	Telefon Mobil	Telefon dienstlich
	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter				
	Name	Vorname	Beruf		
	Straße / Nr.	Postleitzahl und Wohnort		Konfession	Krankenkasse
Geschwister	Vorname der Geschwister	Alter	Ist / war bereits Schüler/in der Grundschule St. Matthias		
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klasse	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klasse	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Klasse	
Wurde bereits einmal eines Ihrer Kinder bei der Aufnahme in die Grundschule St. Matthias abgelehnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Nennen Sie uns bitte Ihre Gründe, warum Sie Ihr Kind an der Grundschule St. Matthias anmelden wollen.					
.....					
.....					
Üben Sie ehrenamtliche Tätigkeiten aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja, welche? .....					
.....					
<b>Erklärung</b>					
Mit diesem Aufnahmeantrag geben wir unsere Zustimmung zu den Bildungs- und Erziehungszielen der Grundschule St. Matthias und sind bereit, an deren Umsetzung mitzuwirken.					
.....					

**Feststellungen zur körperlichen und geistigen Schulreife** (wird vom Amtsarzt ausgefüllt)

**Feststellungen des Amtsarztes** (§2 GSchulO)

Auf Grund der körperlichen Entwicklung ist zu erwarten, dass das Kind

**mit Erfolg**  **nicht mit Erfolg**  am Unterricht teilnehmen kann.

Vor der Einschulung werden folgende Maßnahmen empfohlen:

Nach der Einschulung ist folgendes zu beachten:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Amtsärztin / -arzt