

Angaben Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Religionszugehörigkeit
(Konfession):
 evangelisch
 katholisch
 islamisch
 sonstige
 keine

Staatsangehörigkeit: _____

ab wann in Deutschland: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Ortsteil: _____

Einschulung (Jahr): _____

Name der Grundschule: _____

bisherige Wiederholungsklassen: _____

 Mein Kind nimmt am Religionsunterricht teil.

ODER

 Mein Kind nimmt auf Antrag am Unterricht Werte und Normen teil.
(Der Unterricht Werte und Normen kann aus organisatorischen Gründen am Nachmittag stattfinden.)Protokoll zur Beratung anlässlich des Übergangs von Klasse 4 nach 5: Ja Nein **Noten:**Deutsch Mathe Sachunterricht Arbeitsverhalten Sozialverhalten Bestand für Ihr Kind ein Nachteilsausgleich? ja nein Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: ja nein

Wenn ja, welcher Bereich: _____

 Mein Kind hat eine Schulbegleitung

Name der Schulbegleitung: _____

Ich bin damit einverstanden, dass bei Ausfall der Schulbegleitung mein Kind nicht am Unterricht teilnimmt, bis vom Träger der Schulbegleitung eine Vertretung bereitgestellt wird (max. bis zu drei Tage).

Geschwisterkinder an der
Oberschule Westercelle
(Namen, Klasse): _____Wünsche für die Klassenbildung
(unverbindlich):
Bitte höchstens 1 Namen nennen _____

Angaben Mutter:

Name / Vorname: _____

sorgeberechtigt: ja nein

Anschrift: _____

Telefon / Handy: _____

e-mail Adresse: _____

Angaben Vater :

Name / Vorname: _____

sorgeberechtigt: ja nein

Anschrift: _____

Telefon / Handy: _____

e-mail Adresse: _____

Angaben Vormund:

Name / Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon / Handy: _____

e-mail Adresse: _____

Schwimmfähigkeiten des Kindes:

Nichtschwimmer (auch Seepferdchen)

Schwimmer

Leistungsabzeichen: _____ (Bitte Kopie Schwimmpass vorlegen)

Interesse an der Teilnahme am freiwilligen Ganztags-Angebot (Mittwoch): ja nein

Teilnahme am schulischen kostenpflichtigen Mittagessen: ja nein

Besondere Hinweise (z. B. Krankheiten, Allergien)

Schriftliche Vereinbarung zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme: ja nein

Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 IfSG (Masernschutz) wird vorgelegt!

Celle, _____
Datum

Unterschrift der / des Sorgeberechtigten