



# Grundschule Aufkirchen in Egenhofen

Schulstraße 8 • 82281 Egenhofen • Telefon 08145/94510 • Fax 08145/94512  
E-Mail: [buero@gs-aufkirchen-ffb.de](mailto:buero@gs-aufkirchen-ffb.de) [www.gs-aufkirchen-ffb.de](http://www.gs-aufkirchen-ffb.de)



## Fragebogen zur Schulanmeldung

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname(n):** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Festnetznummer (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte:**  Eltern  nur Mutter  nur Vater

**Name der Mutter:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erreichbar am Arbeitsplatz unter: \_\_\_\_\_ an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_

**Name des Vaters:** \_\_\_\_\_ **Handy:** \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erreichbar am Arbeitsplatz unter: \_\_\_\_\_ an folgenden Tagen: \_\_\_\_\_

### Wenn Sie getrennt/geschieden sind, wer hat das Sorgerecht für das Kind?

- wir haben das **gemeinsame** Sorgerecht
- wir haben ein **getrenntes** Sorgerecht

Bitte teilen Sie uns hier die Anschrift des Elternteiles mit, bei dem das Kind **nicht** wohnt.

Name	Anschrift	Telefon

### Personen Ihres Vertrauens, die während der Unterrichtszeit angesprochen werden dürfen, sofern Sie selbst nicht erreichbar sind:

	Person z.B. Großeltern, Onkel, Nachbar	Telefonnummer
1		
2		

**Religion:**  röm.-kath.  evang.  isl.  andere Rel. \_\_\_\_\_  ohne Bekenntnis

### Falls nicht katholisch oder evangelisch soll das Kind folgenden Unterricht besuchen:

Ethik **oder auf Antrag**  kath. Religionsunterricht  evang. Religionsunterricht

Bitte wenden!

**Schulgottesdienstbesuch: (nur für Ethik-Schüler)**

- unser Kind soll bis zum Ende der Grundschulzeit die Schulgottesdienste besuchen
- unser Kind bleibt unter Aufsicht **in der Schule** und bearbeitet während dieser Zeit Aufgaben.

**Für Kinder mit nichtdeutscher Herkunftssprache**

Welche **Sprache** wird in der Familie hauptsächlich gesprochen? \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie die Sprachkenntnisse Ihres Kindes in der deutschen Sprache ein?

- gut
- ausreichend
- nicht ausreichend

Hat Ihr Kind den „Vorkurs Deutsch“ in der Schule/Kindergarten besucht?  ja  nein

**Seit wann** lebt das Kind in Deutschland? \_\_\_\_\_

**Sie sind (freiwillige Angaben):**

- Aussiedler
- Asylant
- Flüchtling aus der Ukraine
- Asylbewerber
- sonstiger Zuzug (z.B. ausländischer Arbeitnehmer)

**Bei Umzug in unsere Gemeinde:**

- wir haben uns bei der Gemeinde schon angemeldet
- die Anmeldung bei der Gemeinde erfolgt am: \_\_\_\_\_
- geplantes Umzugsdatum: \_\_\_\_\_

**Welche Schule/Klasse hat Ihr Kind zuletzt besucht:**

**Klasse:** \_\_\_\_\_ **Lehrkraft:** \_\_\_\_\_

**Schule mit Anschrift:** \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sich die jetzige Grundschule/Lehrkraft und die Grundschule Aufkirchen über mein Kind austauschen.

- ja
- nein

**Aufgrund von Art. 85 BayEUG besteht Angabepflicht über die bis hierher angeführten Daten.**

*Der folgende Fragenkatalog dient der Information der Lehrkraft, damit sie auf eventuelle Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten angemessen eingehen kann. Diese Angaben werden vertraulich behandelt. Sämtliche Angaben sind freiwillig.*

**Wie wird Ihr Kind am Nachmittag betreut?**

- zu Hause                       Mittagsbetreuung der Grundschule Aufkirchen

**Die Anmeldung erfolgt direkt bei den Glückspilzen!**

**Wir benötigen für unser Kind eine Frühaufsicht.** Bitte reichen Sie hierzu den entsprechenden Antrag – siehe unsere Homepage – Reiter Frühaufsicht- ein.

- ja                       nein

**Gibt es eine Besonderheit, die im Unterricht Berücksichtigung finden muss?**

- Gehörschwierigkeiten: \_\_\_\_\_  
 Augenleiden:     Kurzsichtigkeit     Weitsichtigkeit     \_\_\_\_\_  
 Stottern             Sprachfehler: \_\_\_\_\_  
 Aufmerksamkeits- /Konzentrationsproblem: \_\_\_\_\_  
 Allergien/Spasmen/Epilepsie/ andere Probleme: \_\_\_\_\_

Besteht eine Dauermedikation:                       ja                       nein

Besteht die Notwendigkeit für eine Notfallmedikation:  ja                       nein

**Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits überstanden:**

- Masern             Scharlach             Diphtherie             Keuchhusten  
 Windpocken     Röteln             Mumps             Covid-19

**Impfschutz besteht für:**

- Masern     Tetanus             Covid     Tuberkulose     \_\_\_\_\_

**Krankenversicherung:**

---

Name und Ort der Krankenversicherung, Mitgliedsnummer

**Hausarzt:**

---

Name, Anschrift, Telefon

**Zeckenentfernung:**

- wir sind damit einverstanden, dass eine Lehrkraft die Zecke mit einem geeigneten Hilfsmittel entfernt. Die Stelle wird gekennzeichnet und den Eltern umgehend mitgeteilt.  
 wir wünschen **keine** Zeckenentfernung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten