

für _____, *
Name des Kindes geboren am

1 Klassenzuordnung

1.1 Profil-Wahl (vgl. Anmeldebogen)

Ich/Wir habe(n) uns eingehend über die angebotenen Profile informiert.

Ich wünsche mir / wir wünschen uns für mein/unser Kind eine Zuordnung zu folgender Profilkategorie (Rangfolge 1-3) und habe(n) dies mit meinem/unserem Kind besprochen:

1.-Wahl: _____

oder

2.-Wahl: _____

oder

3.-Wahl: _____

Ggf. Begründung: _____

1.2 Partner*innen, mit denen das Kind besonders gut zusammenarbeiten kann

Ich wünsche mir / wir wünschen uns für mein/unser Kind nach Möglichkeit folgende Klassenkamerad*innen, da es besonders gut mit diesen Kindern zusammenarbeiten kann:

1. _____

und/oder

2. _____

und/oder

3. _____

1.3 Partner*innen, mit denen das Kind nicht so gut zusammenarbeiten kann

Mit folgenden Kindern kann mein/unser Kind (noch) nicht so gut zusammenarbeiten:

1. _____

2. _____

3. _____

Mir/uns ist bekannt, dass die Klassenbildung durch die Schule erfolgt und meine/unsere Wünsche nur dann berücksichtigt werden, wenn dies möglich und Erfolg versprechend ist. Ein Anspruch auf Umsetzung der Wünsche besteht nicht.

2 Bisherige Schullaufbahn

1.1 Ersteinschulung

Frühzeitige Einschulung (vor dem Stichtag): ja nein

Zurückstellung: ja nein

Schule (Name, Ort): _____

1.2 Schulwechsel

Jahr des Wechsels: _____ in Schule: _____

Jahr des Wechsels: _____ in Schule: _____

Jahr des Wechsels: _____ in Schule: _____

3 Entwicklung vor dem Wechsel an die Städt. Gesamtschule HSW

Mein/unser Kind ...

stimmt

stimmt nicht

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • ist/war in logopädischer Behandlung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ist/war sehr anfällig im HNO-Bereich
(hat/hatte häufig Mittelohrentzündungen/Paukenröhrchen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat an der Lese-Rechtschreib-Förderung in der
Grundschule teilgenommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat an einer Mathematikförderung in der Grundschule
teilgenommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat an einer außerschulischen Förderung/Therapie bzgl.
LRS, Dyskalkulie etc. teilgenommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat an einer inner- oder außerschulischen Stärken-
förderung teilgenommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ein Nachweis über die Notwendigkeit besonderer Förderung
liegt vor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Die Eröffnung eines AO-SF wurde beantragt
oder in Betracht gezogen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat(te) Schulangst oder sonstige Angstzustände. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat(te) häufig Kopf- oder Bauchschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • zeigt(e) deutliches Vermeidungsverhalten gegenüber Lesen
und Schreiben etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat(te) ein schwaches Selbstbewusstsein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • hat(te) Schwierigkeiten, aufmerksam bei einer Aufgabe zu
bleiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ist/war häufig unkonzentriert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • verwechselt beim Lesen optisch ähnliche Buchstaben
(a-o, m-n, n-r, t-f, h-k, p-q, d-b usw.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • verwechselt beim Lesen akustisch ähnliche Buchstaben
(o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • liest im Vergleich zu Gleichaltrigen sehr langsam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	stimmt	stimmt nicht
• versteht den Inhalt von Gelesenem oft nicht und kann ihn nicht wiedergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• errät Wörter anstatt sie zu lesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat Mühe, die einzelnen Buchstaben beim Lesen zu verschmelzen/zusammenzuziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lässt beim Schreiben Buchstaben oder Silben aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• verwechselt beim Schreiben optisch ähnliche Buchstaben (a-o, m-n, n-r, t-f, h-k, p-q, d-b usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• verwechselt beim Schreiben akustisch ähnliche Buchstaben (o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• schreibt im Vergleich zu Gleichaltrigen sehr langsam und hat eine verkrampfte Schreibhaltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat beim Schreiben einen eingeschränkten Wortschatz (im Vergleich zum mündlichen Sprachgebrauch).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• lenkt sich häufig mit Computerspielen etc. ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Beobachtungen / Sonstiges: _____		

4 Sonstiges

Bitte berücksichtigen:

Mutter ist halbtags berufstätig ist ganztags berufstätig

Vater ist halbtags berufstätig ist ganztags berufstätig

Ich/wir wünsche(n) zeitnah Nachmittagsbetreuung

für die sonst ‚kurzen‘ Schultage: nein ja.: _____

Eine BUT-Berechtigung liegt vor: nein ja, Nr.: _____

Das ist mir/uns außerdem wichtig: _____

Mit der Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens erleichtern Sie uns die Arbeit. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten verwenden wir ausschließlich für die Planungs- und pädagogische Arbeit.

Unterschrift(en) der/des Erziehungsberechtigten