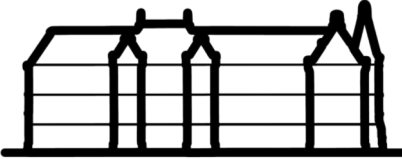


## Anmeldung an der HS Pestalozzistraße im Schuljahr 20\_\_/20\_\_ in Jahrgang 5

GHS Pestalozzistraße	_____	
GHS Rünigen	_____	
HS Sophienstraße	_____	
Bitte Erst-, Zweit- und Drittwunsch als Zahl (1, 2, 3) eintragen!!!		

Daten der <input type="radio"/> Schülerin / des <input type="radio"/> Schülers		<input type="radio"/> Kind ist Fahrschüler (bitte ankreuzen)	
Name	_____	Adresse (Straße)	_____
Vorname	_____	PLZ und ORT	_____
Geburtstag	_____	Muttersprache	_____
Geburtsort	_____	Religion	_____
Staatsangehörigkeit*	_____	Einschulungsdatum Klasse 1	_____
Krankenkasse	_____	Name der Grundschule	_____

\* wenn nicht deutsch bitte Rückseite ausfüllen

Teilnahme am Unterricht in:	<input type="radio"/> ev. Religion	<input type="radio"/> Werte und Normen
Name der jetzigen Grundschule:	Klasse: 4 __	
Name der Schule falls nicht Grundschule:	Klasse: 5 __	
Wiederholung der Klasse(n):	an der Schule:	
Liegt ein festgestellter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf vor?	<input type="radio"/> ja, welcher	<input type="radio"/> nein

### Daten der Eltern

Sorgerecht liegt bei	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
Name, Vorname:	_____	_____
Anschrift (Straße):	_____	_____
PLZ Ort:	_____	_____
Telefon privat:	_____	_____
Telefon Handy:	_____	_____
Notfallnummer (Arbeit):	_____	_____
Email-Adresse:	_____	_____

Braunschweig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

**Falls das Kind nicht in Deutschland geboren ist**

Geburtsland: \_\_\_\_\_ seit wann in Deutschland? \_\_\_\_\_

**Wichtige Mitteilungen****Schullaufbahn:**

Klasse 1 an Schule: \_\_\_\_\_

Klasse 2 an Schule: \_\_\_\_\_

Klasse 3 an Schule: \_\_\_\_\_

Klasse 4 an Schule: \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen über Allergien, Medikamenteneinnahme, etc.****Masernimpfüberprüfung:**

- Impfbuch  ärztliche Bescheinigung  
 Impfung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich

**Eltern sprechen kein oder wenig Deutsch:**

Mutter spricht (Sprache) \_\_\_\_\_

Vater spricht (Sprache) \_\_\_\_\_