

# Cohartis-Grundschule Kuhardt

Schulstr. 7, 76773 Kuhardt, Tel. 07272-2717, FAX 07272-959474, Email: [info@grundschule-kuhardt.de](mailto:info@grundschule-kuhardt.de)



Anmeldung in die Klasse: <b>1 / 2 / 3 / 4</b>	Ab Schuljahr: <b>20 /20</b>
--	--------------------------------

## Schüler/Schülerin

Name:	Vorname (Rufname bitte unterstreichen):
Geschlecht: m/w	Religionszugehörigkeit:
Geburtsdatum:	Teilnahme Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> kath. RU (bitte zutreffendes ankreuzen) <input type="checkbox"/> evang. RU
Geburtsort:	Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Zuzugsjahr nach Deutschland:
Überwiegend benutzte Fremdsprache, sofern nicht deutsch:	
Straße:	
PLZ / Wohnort:	
Nachgewiesen durch: <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Familienbuch <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Vorgelegt am: <span style="float: right;">Einsicht genommen von:</span>	

## Erziehungsberechtigung/Sorgerecht

(Zutreffendes ankreuzen)

	Eltern
	Mutter
	Vater
	Vormund

Hierzu bitte auch beigefügte Sorgerechtserklärung ausfüllen (Anlage 1).

### Mutter

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

### Vater

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

**Personen oder Institutionen, die ohne das Sorgerecht zu besitzen, tatsächlich die Erziehung übernommen hat und/oder das Kind tatsächlich untergebracht ist (Bsp. Pflegeeltern)**

Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ / Wohnort:	

**Bemerkungen** (z. B. Beeinträchtigungen und Krankheiten, bestehende Allergien)

<b>Name und Anschrift der Krankenkasse des Kindes:</b>	
<b>Name und Anschrift des Hausarztes des Kindes:</b>	
<b>Müssen Medikamente verabreicht werden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bitte das Formular zur Medikamentenabgabe in der Schule ausfüllen. Dies erhalten Sie im Sekretariat und auf der Homepage der Grundschule.	

**Masernschutz - die v.g. Person hat den Anforderungen gemäß § 20 IfSG:** (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	ihre Masernimmunität nachgewiesen.		
<input type="checkbox"/>	eine dauerhafte medizinische Kontraindikation nachgewiesen.		
<input type="checkbox"/>	keinen Nachweis erbracht.		
<input type="checkbox"/>	Nachgewiesen durch:	<input type="checkbox"/> Impfpass	<input type="checkbox"/> Ärztl. Bescheinigung
<input type="checkbox"/>	Vorgelegt am:	Einsicht genommen von:	

<b>Anzahl Geschwister:</b>	
<b>Geschwister an unserer Schule:</b>	
<b>Name:</b>	<b>Klasse:</b>

**Bei Schulwechsel:**

Bisher besuchte Schule:	Bisherige Klasse:
Adresse der bisherigen Schule (PLZ, Ort, Straße):	
Telefonnummer der bisherigen Schule:	Bisherige/r Klassenlehrer/in:
Einschulungsjahr:	Wechsel an unsere Schule zum:

**Kuhardt, den \_\_\_\_\_,**

**Unterschrift aller Erziehungs- und Sorgeberechtigten**