

## Anmeldung

Familiename, Vorname			Geschlecht
Geburtsdatum	Geburtsort	In Deutschland seit	Konfession
Staatsangehörigkeit	Abstammung	Erstsprache	Zweitsprache

Kindergarten	Dauer ___ Jahre	Dürfen wir Kontakt aufnehmen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja      nein Unterschrift _____	Geschwister:		
Termin Gesundheitsamt:	K-Kind <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja      nein	Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mutter      Vater      Sonstige	Hort <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja      nein	KVB Ticket ab <input type="checkbox"/> 1. Klasse <input type="checkbox"/> 3. Klasse	

### Individualdaten Erziehungsberechtigte

Familiename, Vorname der Mutter/Vormundes/Sorgeberechtigten oder sonstiger Personen	
<b>Geburtsland, Muttersprache, Staatsangehörigkeit, Herkunftsland</b>	
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort	Telefon-Nr. 1 e-Mail
Familiename, Vorname des Vaters	
<b>Geburtsland, Muttersprache, Staatsangehörigkeit, Herkunftsland</b>	
Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort	Telefon-Nr. 2 e-Mail
Beruf Vater:  Beruf Mutter:	Wünsche
Aufnahmedatum	Vorherige Schule
Sprachförderung vor der Einschulung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ja      nein      Ort      Dauer	Klasse

\_\_\_\_\_  
Anmeldedatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte

# Zusatzfragebogen Schulanmeldung

Seit wann lebt die Familie in Deutschland?

**Kind :**  seit der Geburt seit dem Jahr \_\_\_\_\_

**Mutter :**  seit der Geburt seit dem Jahr \_\_\_\_\_

**Vater :**  seit der Geburt seit dem Jahr \_\_\_\_\_

Welche Sprache wurde in den ersten 4 Lebensjahren zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen (Muttersprache)?

deutsch  andere Sprache

Welche Sprachen werden in der Familie sonst noch gesprochen?

---

Haben Sie Interesse am herkunftssprachlichen Unterricht?

(Der herkunftssprachliche Unterricht findet in der \_\_\_\_\_  ja  nein

\_\_\_\_\_ statt.)

Mit im Haushalt lebende Geschwister: (Anzahl) : \_\_\_\_\_  keine

Beruf Vater: \_\_\_\_\_

Beruf Mutter: \_\_\_\_\_

Seit wann besucht Ihr Kind einen Kindergarten? (bitte Monat, Jahr angeben)

gar nicht

seit (Datum)

Wurden bereits Fördermaßnahmen eingeleitet? (Diagnostik / Beratung / Therapie) ja  nein

Falls ja, bitte ankreuzen welche?

Sprachförderung im Kindergarten oder der Schule

Frühförderzentrum  SPZ  Ergotherapie  Sprachtherapie

Krankengymnastik/Bewegungstherapie  Psychologische Familienberatung

Wenn ja, welche ?

andere \_\_\_\_\_