

Oberschule Lachendorf mit gymnasialem Zweig

Südfeld 2
29331 Lachendorf
Tel: 05145 93949 40
Fax: 05145 93949 69
E-Mail: info@oberschule-lachendorf.de

Südfeld 6
29331 Lachendorf
Tel: 05145 93949 0
Fax: 05145 93949 39



Anmeldeformular: Kl. 9 Kl. 10 HS-Zweig RS-Zweig GY-Zweig

Personaldaten der Tochter / des Sohnes bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

Name: _____

weiblich

Vorname: _____

männlich

| | |
|--|--|
| Geburtsdatum: | Geburtsort / Geburtsland (falls <u>nicht</u> Deutschland): |
| Staatsan- gehörigkeit: | Herkunftssprache/Muttersprache: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____ |
| Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige, _____ | |
| Straße, Hausnummer: | PLZ, Wohnort: |
| Telefon (Festnetz): | ggf. Ortsteil: |
| Telefon (Vater): | Telefon (Mutter): |
| ggf. weitere Telefonnummern (z.B., Arbeit, Notfallnummer, Großeltern, ...): | |
| E-Mail-Adresse der Eltern: | |

| | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|
| Zuletzt besuchte Schule und Klasse: | Einschulungsjahr Grundschule: | Wiederholung von Klasse: |
| In den Jahrgängen 6ff hat unser Kind am Französischunterricht teilgenommen. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | |
| Falls ja: GY-Zweig: Französisch ist zweite Pflichtfremdsprache | | |
| RS-Zweig: Teilnahme am Wahlpflichtkurs Französisch: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | | |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme am evangelischen Religionsunterricht im Klassenverband (pädagogisch sinnvoll) | | |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme am Unterricht Werte und Normen, der Unterricht findet nachmittags statt. Katholischer Religionsunterricht wird nicht angeboten. | | |
| Schwimmen: Mein Kind ist <input type="checkbox"/> Nichtschwimmer <input type="checkbox"/> Schwimmer mit folg. Schwimmschein: _____ | | |

Angaben zu den Erziehungsberechtigten bitte in Druckbuchstaben:

| | |
|---|-----------------------------------|
| Name, Vorname der Mutter : | Name, Vorname des Vaters : |
| Sorgeberechtigung: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ | |
| Mein/Unser Kind wohnt im/bei <input type="checkbox"/> Elternhaus <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ | |

Bei allein erziehenden / getrennt lebenden / geschiedenen Eltern bitten wir das Blatt „Personensorgeberechtigung“ zu beachten und auszufüllen. Sie erhalten das Formular auf unserer Webseite bzw. im Sekretariat!
Das Formular zur Sorgeberechtigung liegt bei. reiche ich nach.

Weitere Angaben zum Kind:**Schulische Schwierigkeiten: Es wurde festgestellt:**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> LRS | <input type="checkbox"/> Bescheid ist beigefügt. | <input type="checkbox"/> Bescheid wird nachgereicht. |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Bescheid ist beigefügt. | <input type="checkbox"/> Bescheid wird nachgereicht. |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Bescheid ist beigefügt. | <input type="checkbox"/> Bescheid wird nachgereicht. |
| <input type="checkbox"/> ADS <input type="checkbox"/> ADHS | <input type="checkbox"/> Bescheid ist beigefügt. | <input type="checkbox"/> Bescheid wird nachgereicht. |
- sonstiges, nämlich: _____ Bescheid ist beigefügt.

Es wurde in der vorherigen Schule ein **sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf** festgestellt.

- nein
- ja, nämlich: LE GE Sprache ES KmE Hören Sehen
- Die Verfügung ist beigefügt. Die Verfügung wird nachgereicht.

Masernschutzgesetz

- Eine Kopie des Impfausweises über zwei Masernschutzimpfungen liegt der Anmeldung bei.
- Der Impfausweis wird bei der persönlichen Anmeldung zur Ansicht vorgelegt.

Machen Sie bitte **Angaben** über **vertrauliche Informationen** (Allergien, Krankheiten usw.), sofern Sie dies für erforderlich halten, danke!

Freundschaftswünsche: Mit welchen Schülerinnen/Schülern möchte Ihr Kind in einer Klasse sein? Nennen Sie bitte höchstens zwei Namen.

Gibt es ein Kind, mit dem Ihr Kind **nicht** in einer Klasse sein sollte? Nennen Sie bitte ggf. höchstens einen Namen, begründen Sie kurz.

____.____.20____
(Datum)

(Unterschrift(en) der / des Erziehungsberechtigten)

Einwilligungserklärungen, die uns die Arbeit wesentlich erleichtern:

Alle Einwilligungserklärungen können jederzeit durch schriftliche Bekanntgabe im Sekretariat widerrufen werden!

Jahrbuch, örtliche Presse, schuleigene Webseite:

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass gelungene Unterrichtsergebnisse (z.B. Kunstbilder) und anlassbezogene Fotos (z.B. Sieger in Wettbewerben) sowie ggf. auch Name und Klasse meines/unseres Kindes im schuleigenen Jahrbuch, in der örtlichen Presse und auf der Webseite veröffentlicht werden. Hinweis: Um unsere Schülerinnen und Schüler zu schützen, wird auf Webseite der Oberschule höchstens der Vorname erwähnt.

____.____.20____
Datum

Unterschrift(en) der / des **Erziehungsberechtigten**

Unterschrift **des Kindes**

Einholung von Auskünften:

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die ObS Lachendorf die für einen optimalen Übergang notwendigen Informationen mit der abgebenden Schule bzw. bei Abmeldung mit der aufnehmenden Schule austauscht.

____.____.20____
Datum

Unterschrift(en) der / des **Erziehungsberechtigten**

Einwilligung zur Erstellung einer Klassenliste:

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass in der Klasse eine Telefonliste zur Weitergabe an alle Eltern der klassenangehörigen Schüler/innen erstellt wird. Sie soll Name und Vorname des Kindes, Telefon und Ihre E-Mail-Adresse enthalten.

____.____.20____
Datum

Unterschrift(en) der / des **Erziehungsberechtigten**

**Aufnahme
in Klasse**

____.____

GY RS HS