

Grunddaten (gem. § VO-DV I Abschnitt A Anlage 1)

Wir wünschen eine Beschulung in der Viktor-Schule Xanten
 am Teilstandort Marienbaum
 in der Hagelkreuzschule Lüttingen

ein Geschwisterkind befindet sich bereits am angekreuzten Standort ja nein

Angaben zum Kind**Name:****Vorname:****Geburtsdatum:****Geschlecht:** männlich weiblich divers**Straße, Hausnummer:****PLZ, Ort/Ortsteil:**

Marienbaum Obermörmtter Mörmter Vynen Wardt
 Lüttingen Birten Beek Ursel

Geburtsort:**Geburtsland:** Deutschland _____**1. Staatsangehörigkeit:** deutsch _____**2. Staatsangehörigkeit:** _____

Konfession: rk ev. isl. ohne Bekenntnis
 sonstige: _____

Fahrschüler/in: ja nein**Fahrtziel Bus:** _____**Betreuungswunsch OGS:** ja nein**„Schule von 8-1“** ja nein**Migrantenstatus:** ja nein **Zuzugsjahr:** _____**Muttersprache:** _____**Deutschkenntnisse:** gut wenig keine**Sprache in der Familie:** _____

Wir haben Interesse am **Heimatsprachlichen Unterricht (HSU)** für unser Kind Ja Nein

Bei Interesse melden Sie sich bitte im Schulbüro.

gewünschte Sprache: _____**Kindertagesstätte:** ja nein ab wann: _____ unter 1 Jahr 1 bis unter 2 Jahre 2 bis unter 3 Jahre 3 Jahre und mehr St. Viktor St. Helena Arche Pustekuchen AWO Xanten AWO Lüttingen Waldblick DRK Hoppetosse DRK Seestern St. Martin Vynen Waldzwerge St. Elisabeth Birten St. Pantaleon St. Mariae Marienbaum andere _____

Hiermit entbinde ich die Erzieherin/ den Erzieher _____ aus o.g. Kita gegenüber
 der Schule / SOZ.päd. / Sonderpäd. von der Schweigepflicht zur Aufnahme von Gesprächen über mein Kind.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Beginn der Schulpflicht gemäß § 35 SchulG:Einschulungsart: regulär vorzeitig (geb. nach 30.09.2017) nach einem Jahr Zurückstellung **Wunsch auf Zurückstellung und Beratung durch die Schulleitung** **Bitte um ein Gespräch mit der Schulleitung****Grund:** _____ **AO-SF**

Impfstatus Masern

vollständig geimpft nicht geimpft

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und / oder körperliche Beeinträchtigungen des Kindes

Allergien / Krankheiten: _____ Seh-/Hörschwäche: _____

Medikamenteneinnahme: _____ sprachliche Auffälligkeiten: _____

Bislang durchgeführte Therapie:

Logopädie Ergotherapie sonstige Therapien: _____ seit: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Maximal zwei gewünschte Kinder für die Klasse (Wir bemühen uns **einen** der beiden Wünsche zu erfüllen.)

Erstwunsch: _____ Zweitwunsch: _____

Erziehungsberechtigte (Bitte legen Sie gegebenenfalls einen entsprechenden Nachweis oder Bescheinigung bei.)

beide Elternteile nur die Mutter nur der Vater

andere Person

Name: _____ Funktion: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Angaben zur Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Handy-Nr.: _____ Telefon: _____

@mail: _____

Geburtsland: _____ Zuzugsjahr nach D: _____

Angaben zum Vater

Name: _____ Vorname: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Handy-Nr.: _____ Telefon: _____

@mail: _____

Geburtsland: _____ Zuzugsjahr nach D: _____

Wichtige Kontaktdaten:

Notfallnummern (gute Erreichbarkeit / von z. B. Oma, Tante, etc.):

1. _____ von: _____ 2. _____ von: _____

Geburtsurkunde als Kopie liegt dem Antrag bei ja nein

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt. Änderungen werden unaufgefordert der Schule mitgeteilt.

Datum: _____

Unterschrift der Mutter

Unterschrift des Vaters