

AUFNAHMEANTRAG



Name des Kindes: _____

ZSR-Nummer und _____
zuständige Grundschule (diese Nummer erfahren Sie bei der zuständigen Grundschule)

Pflegekind Adoptivkind

geb. am: _____

in: _____

Adresse:

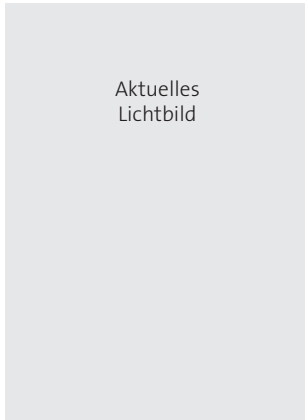
Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Kinder-
bzw. Hausarzt: _____

Kindergarten: _____
Name/Ort seit



Kontaktdaten:

Kontaktdaten Telefon Mutter

Privat	Mobil
Arbeit	e-mail

Kontaktdaten Telefon Vater

Privat	Mobil
Arbeit	e-mail

Geschwister

Name	Geburtstag	Alter	KIGA/Schule	Besonderheiten

Name des Kindes:

<i>Erziehungsberechtigte</i>	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>	<i>Andere</i>
Familienname			
Vorname			
Adresse			
Geburtstag			
Familienstand			
Erlerner Beruf			
Beruf heute			
Staatsangehörigkeit			
Konfession			

● **Allgemeine Schilderung des Kindes –**

Eigenschaften, Angewohnheiten, Geschicklichkeiten, Spielfreude, Temperament etc.:

Entwicklung – Anamnese:

● **Besonderheiten in der Schwangerschaft –**

IVF, Zwillinge, Erbrechen, Medikamente, Schocks, besondere Erkrankungen:

● **Besonderheiten bei der Geburt –**

Einleitung, spontan, Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke, Nabelschnurumschlingung, Frühgeburt / Woche?, APGAR:

Name des Kindes:

● **Trennung** von der Mutter –

War das Kind nach der Geburt oder später von der Mutter getrennt? Wie lange?:

● **Vit D** bekommen? ja nein ● **Vit K** bekommen? ja nein

● **Stillen** –

Wie lange? Ersatzmilch? Welche?:

● **Zahnentwicklung** –

Wann kam der erste bleibende Backenzahn?:

Wann trat der Zahnwechsel der Schneidezähne ein?:

● Wann **trocken** geworden? am Tag in der Nacht

● **Motorische Entwicklung** – Zeitraum in etwa:

Robben	Krabbeln	Sitzen	Laufen
.....

Zeigen sich momentan Probleme in der Motorik?:

● **Sprachentwicklung** –

Gibt es aktuell Besonderheiten beim Sprechen?:

● Angeborene oder erworbene **Behinderung** –

Welche – und wie äußern sich diese?:

● Bisherige **Therapien** –

Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Sonstiges:

● **Impfungen** – bitte ankreuzen:

<input type="radio"/> Tetanus	<input type="radio"/> Diphtherie	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Hib	<input type="radio"/> Keuchhusten	<input type="radio"/> Hep B
<input type="radio"/> Hep A	<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps	<input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Windpocken	
<input type="radio"/> Pneumokokken	<input type="radio"/> Meningokokken				

Sonstiges:

Passive Impfungen:

● Durchgemachte **Erkrankungen** – mit Angabe des Alters:

<input type="radio"/> Scharlach	<input type="radio"/> Mittelohrentzündung	<input type="radio"/> Lungenentzündung
<input type="radio"/> Windpocken	<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Fieberkrämpfe
<input type="radio"/> Bronchitis	<input type="radio"/> Hirnhautentzündung	<input type="radio"/> Allergie

Weitere:

● **Dauerdiagnosen** –

z.B. Diabetes mellitus:

Name des Kindes:

● Operationen, Unfälle und Krankenhausaufenthalte –
mit Angabe des Alters:

● Medikamenteneinnahme über einen längeren Zeitraum?

Augenblicklicher Gesundheitszustand:

● Maße –

Länge: (%)*

Gewicht: (%)

Kopfumfang: (%)

* %-Zahlen werden vom Schularzt eingetragen

● Sehschärfe –

Brille seit

Hornhautverkrümmung

Schielen

● Appetit –

gut schlecht

Was isst Ihr Kind gerne?:

Was gar nicht?:

Eher salzige oder süße Speisen?:

● Verdauung –

● Einnässen –

● Schlaf –

Dauer:

Einschlafen:

Durchschlafen:

Nächtliches Aufschrecken?:

Morgens müde oder wach?:

● Wärme –

Hände: Warm kalt schwitzig

Füße: Warm kalt schwitzig

● Sonstige Mitteilungen:

Name des Kindes:

● **Anmerkungen zum Fragebogen:**

1. Die mit dem Fragebogen erhobenen Daten sind für die Aufnahmelehrer, den Schularzt und den späteren Klassenlehrer und nur diesen zugänglich.
2. Bei einer anschließenden Aufnahme wird dieser Fragebogen der Schülerakte des Kindes hinzugefügt und steht damit – wie alle anderen geschützten personenbezogenen Daten – nur zur Aufgabenerfüllung des Schulbetriebes zur Verfügung.
3. Sollte eine Aufnahme in die Schule nicht möglich sein, senden wir diesen Aufnahmebogen bis Ende des laufenden Aufnahmejahres an Sie zurück bzw. verwahren ihn im Falle einer vorläufigen Rückstellung entsprechend Ihren Weisungen bis zum nächsten Aufnahmetermin.
4. Nach Beendigung des Schulbesuchs wird die Schülerakte bei uns dauerhaft (50 Jahre) aufbewahrt.

Datum:

Unterschrift:

Ergänzende Einverständniserklärungen zum Aufnahmeantrag für die 1. Klasse

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser Kind im Rahmen der Aufnahmeschulstunde auf einem Gruppenfoto abgelichtet werden darf, welches nach Beendigung des Aufnahmeverfahrens vernichtet wird.

Datum

Name des Kindes

Unterschrift

Zu unserem Aufnahmeteam gehört auch der Schularzt. Er beurteilt die Entwicklung der Kinder im Hinblick auf die körperlichen und sozialen Aspekte. Neben der Beobachtung Ihres Kindes während der Gruppenstunde gehören hierzu auch die Herzreife durch das Abhören der Brust und der Blick in den Mund zur Beurteilung des Zahnwechsels.

Diese Untersuchung ersetzt **NICHT** die notwendigen Vorstellungen Ihres Kindes beim schulärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit dieser Untersuchung im Rahmen der Schulaufnahme einverstanden sind.

Datum

Name des Kindes

Unterschrift