



Bewerberpersonalblatt

ID: .....

**1.) Angaben zur Person der Schülerin / des Schülers:**

**Klasse:**

Name:		Vorname:	
Anschrift: <small>Straße:</small>			
PLZ, Wohnort:			
Ortsteil:		Tel.-Nr.:	
geboren am:		M <input type="checkbox"/>	Geburtsort: Geburtsland:
		W <input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit:			
Religionszugehörigkeit: RK <input type="checkbox"/> Ev. <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Jüdisch <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>			

**2.) Schullaufbahn:**

zuletzt besuchte Schule:	
Einschulungsjahr Grundschule:	wiederholte Klassenstufe:

**3.) Fremdsprachenwahl:**

<b>1. Fremdsprache</b>	
Englisch	<input type="checkbox"/>
<b>Wahlpflichtbereich ab Klassenstufe 7</b>	
Französisch 2. FS.	<input type="checkbox"/> Arbeitslehre/B. u. W.

**4.) Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten:**

<b>Erziehungsberechtigt sind:</b> <small>(bitte Urteil bzw. Sorgerechtsklärung vorlegen, gilt auch bei Lebenspartnerschaften)</small>			
beide	<input type="checkbox"/>	nur Vater	<input type="checkbox"/>
nur Mutter	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>

**Mutter:**

Name:		Vorname:	
Anschrift: <small>Straße</small>		<small>PLZ, Wohnort</small>	
Tel.-Nr.:		Handy:	
Notfall Nr.		E-Mail:	

**Vater:**

Name:		Vorname:	
Anschrift: <small>Straße</small>		<small>PLZ, Wohnort</small>	
Tel.-Nr./Handy:		E-Mail	

## 5.) Weitere Angaben zur Schülerin / zum Schüler

Geschwister an dieser Schule:			
<b>Impfschutz gegen Masern:</b>		<input type="checkbox"/> ärztl. Bescheinigung Immunität <input type="checkbox"/> ärztl. Bescheinigung Kontraindikation <input type="checkbox"/> 1x geimpft <input type="checkbox"/> 2x kompl. Impfung <input type="checkbox"/> Bestätigung einer anderen Institution	
Allergien/ Besonderheiten (z.B. regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Brille usw.)			
Bisherige Maßnahme der individuellen Förderung in der Grundschule: (z.B. Nachteilsausgleich, Betreuer, Förderunterricht, Förderpan)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
diagnostizierte Dyskalkulie		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
diagnostiziertes ADHS/ADS		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
diagnostiziertes Lese-Rechtschreibstörung		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
diagnostizierte Lese-Rechtschreibschwäche		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mein Kind hat eine Wahrnehmungsstörung (Sehen, Hören ....)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>6.) Teilnahme an der Schulbuchausleihe</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>7.) Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung</b>		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>wenn ja</b> , welche Betreuungsform	kurzes Angebot (bis 15.00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	langes Angebot (bis 17.00 Uhr)
			<input type="checkbox"/>
<b>Anmeldung der FGTS erhalten am</b> .....			
<b>8.) OnlineSchuleSaar – OSS</b> (Endgerätzuweisung bei Schulwechsel sonst nicht möglich!)			
<b>Benutzername:</b> _____			
<b>Registrierte E-Mailadresse:</b> _____			

Mit der Anmeldung meines Kindes erkenne ich die Hausordnung der Christian-Kretzschmar-Schule an. Die Anmeldung erfolgt im gegenseitigen Einverständnis der Erziehungsberechtigten.

**Hinweis:** Bei jeglicher ansteckenden Krankheiten nach §34 Infektionsschutzgesetz (IfGS) sowie bei Lausbefall muss das Sekretariat informiert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Name und Foto meines Kindes im schulischen Rahmen (auch z.B. Homepage, Amtsblatt, SZ) veröffentlicht werden dürfen.

**Damit erklären wir uns einverstanden.**

**Wir verpflichten uns/Ich verpflichte mich, alle für die Schule wichtigen Änderungen umgehend mitzuteilen. (z.B. bei Umzug, Telefonnummer.....)**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\_\_\_\_\_ Unterschrift in DRUCKBUCHSTABEN