

„Ja, unser Kind soll in die Elisabeth-Abegg-Grundschule gehen!“

Wir freuen uns sehr darüber, dass Sie sich für einen Schulplatz an der Elisabeth-Abegg-Grundschule interessieren!

Wir empfinden Kinder als Geschenke Gottes – und deshalb werden wir uns auch bei Ihrem Kind viel Zeit nehmen und große Mühen machen, um zu prüfen, ob wir Ihrem Kind eine optimale Lernumgebung bieten können.

Für unsere Prüfung, an die sich im zweiten Schritt noch ein Kennenlernverfahren anschließen kann, erbitten wir Ihre Antworten auf die unten folgenden Fragen.

Wenn Sie zu unserer Schule oder beim Ausfüllen dieses Formulars Rückfragen haben, können Sie uns über die Mailadresse Elisabeth-Abegg@Christburg-Campus.de gut erreichen.

Um schnell mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können, bitten wir um Ihre Zustimmung, dass wir Ihre Daten elektronisch speichern und verarbeiten dürfen.

Gleichzeitig bitten wir um Überweisung einer Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,- Euro auf dieses Konto:

Christburg Campus IBAN: DE 57 1203 0000 1020 1599 41

BIC: BYLA DEM 1001 / Deutsche Kreditbank (DKB)

Verwendungszweck: Verwaltungsgebühr, 201__, EAB Klasse __, >Name, Vorname des Schülers<

Die Verwaltungsgebühr bezieht sich auf die durch die Bearbeitung entstehenden Kosten und kann daher leider nicht erstattet werden.

Eltern:

	Mutter*	Vater*
Name, Vorname		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon tagsüber (möglichst mobil, wenn abweichend: Name)		
E-Mailadresse		
Beruf		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schüler/in:

Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnt bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere Adresse:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:

Uns ist es wichtig, dass unser Kind eine **christliche (evangelische)** Schule besucht ja nein

Warum soll Ihr Kind gerade unsere Schule besuchen?

Wir gehen in folgende Kirchengemeinde: _____

gewünschter Eintrittstermin: Schuljahresbeginn 20____/20____ Klasse: ____
 Schulhalbjahresbeginn 20____/20____
 sofort

Unser Kind soll auch den Hort (nachmittags) besuchen: ja nein

Welche Schule besucht Ihr Kind? (bitte vollständigen Namen und Adresse angeben)		Welche Klasse besucht Ihr Kind?	
Grund des Schulwechsels:		<input type="checkbox"/> Leistungs- und Lernprobleme	<input type="checkbox"/> Disziplinarische Schwierigkeiten
		<input type="checkbox"/> Umfeld der alten Schule	<input type="checkbox"/> anderer:
Wurde Ihr Kind bereits psychologisch/schulpsychologisch untersucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____ Verdacht/Diagnose:		<input type="checkbox"/> vom Kinderarzt <input type="checkbox"/> vom Kinderpsychologen <input type="checkbox"/> vom Schulpsychologen	
Wurde mit Ihrem Kind schon eine Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche und wo?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde bereits ein sonderpädagogisches Feststellungsverfahren durchgeführt? Wenn ja, wann und aus welchem Grund?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde für Ihr Kind vom Jugendamt ein sonderpädagogischen Förderbedarf bestätigt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde Ihrem Kind vom Jugendamt ein Integrationsstatus beschieden? (§§ 35a SGB VIII, 53, 54 SGB XII)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Unser Kind ist geimpft gegen:

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen (Krankheiten, Medikamente, Behandlungen, Krankhausaufenthalte, ...)?

Die von uns gemachten Angaben sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

Berlin, den _____

Unterschriften der Eltern*

* Personensorgeberechtigte