

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen ein möglichst **aktuelles Foto** Ihres Kindes und eine **Kopie des letzten Zeugnisses** (sofern vorhanden) bei.

Bitte in Druckbuchstaben und gut leserlich ausfüllen

Name des Kindes:

Vornamen: Geschlecht:

geboren am: in:

Staatsangehörigkeit: Zuzugsdatum nach Deutschland:

Konfession:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige
Kind wohnt bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige
Aufenthaltsbestimmungsrecht bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige

Name der **Mutter**: Vorname:

Familienstand:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Geburtsland: Geburtsort:

Name des **Vaters**: Vorname:

Familienstand:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Geburtsland: Geburtsort:

ggf. abweichende Anschrift: Vater Mutter

.....

Gewünschter Aufnahme- bzw. Einschulungstermin und Schuljahr..... in Klasse.....

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?.....

Bei Einschulungskindern bitte unbedingt die zuständige Sprengelschule angeben!

Anschrift der zuständigen Sprengelschule/aktuell besuchte Schule / bisher besuchte Kindertagesstätte:

Name der Schule/KiTa:.....

Anschrift:.....



Geschwister:

Name	Vorname	Geburtsdatum

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....

.....

.....

.....

Sie wünschen die Aufnahme Ihres Kindes an der Montessori-Schule. Welche Gründe haben Sie dazu bewogen?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie bereits Erfahrungen mit der Montessori-Pädagogik gemacht? (Geschwisterkind bereits in einer Montessori-Einrichtung, Montessori-Eltern-Kind Gruppe, Elternvorträge, ...)

.....

.....

.....

.....

**Liegen bei Ihrem Kind besondere Begabungen, Einschränkungen oder Behinderungen vor?
Wenn ja, welcher Art? Zu welchen Besonderheiten wurden Gutachten und Diagnosen erstellt?
(Bitte vollständig angeben und beilegen.)**

.....
.....
.....

**Wurden deswegen besondere therapeutische oder fördernde Maßnahmen in die Wege geleitet
(Ergotherapie, Logopädie, Besuch einer heilpädagogischen Einrichtung, ...)?**

.....
.....
.....

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten/Allergien? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche, zu welchen Uhrzeiten?

.....
.....
.....

Wir bedanken uns für das Vertrauen, das Sie uns und unserer Schule entgegenbringen.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz:
Die angegebenen Daten dienen nur dem internen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben.