



# Aufnahmeantrag

## I. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Geburtstag/-ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Jahr der Ersteinschulung \_\_\_\_\_

An welcher Grundschule ist Ihr Kind gelistet (Einschulung 1. Klasse)?  
\_\_\_\_\_

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind derzeit?  
\_\_\_\_\_

Anmeldung für Klasse: \_\_\_\_\_

Ist bei Ihrem Kind ein festgestellter Förderbedarf (AO-SF-Verfahren) vorhanden? \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_ Ja, welcher?

### Mutter

Name \_\_\_\_\_

Geburtstag/-ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Tätigkeit derzeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Vater

Name \_\_\_\_\_

Geburtstag/-ort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Tätigkeit derzeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Wohnsitz des Kindes:** \_\_\_ bei Eltern \_\_\_ bei Mutter \_\_\_ bei Vater \_\_\_ bei anderen

**Kindschaftsverhältnis:** \_\_\_ Eltern \_\_\_ Adoptiveltern \_\_\_ Sonstige \_\_\_\_\_

Sind die Eltern miteinander verheiratet? \_\_\_ Ja \_\_\_ Nein

**Falls nein, wer ist sorgeberechtigt?** \_\_\_ Beide \_\_\_ Mutter \_\_\_ Vater \_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie uns ggf. eine Kopie der Sorgeerklärung bzw. des Gerichtsbeschlusses vor. Erfolgt während der Schulzeit Ihres Kindes eine Veränderung, ist eine schriftliche Mitteilung an die Verwaltung erforderlich.

### Geschwister

Name	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Klasse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Berichte, Zeugnisse und persönliche Korrespondenz sind zu richten an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

An wen kann sich die Freie Waldorfschule Lienen in Notfällen oder bei wichtigen Ereignissen wenden?

1. Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2. Person: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### II. Kindergärten/Schulen

Kindergärten \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

Schulen \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ von/bis: \_\_\_\_\_

Wiederholte/Übersprungene Klasse \_\_\_\_\_ Schuljahr: \_\_\_\_\_

### III. GESUNDHEITZUSTAND

Kinderkrankheiten \_\_\_\_\_

Allergien, wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft? \_\_\_\_ Ja \_\_\_\_ Nein

Leidet Ihr Kind an chronischen Erkrankungen? \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_ Ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes? (ggfs. Angaben aus dem Vorsorgeheft)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV. VERSICHERUNGEN

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

### V. FÄHIGKEITEN, BEGABUNGEN, NEIGUNGEN

Bitte geben Sie eine kurze Charakteristik Ihres Kindes. Wie sehen Sie Ihr Kind? Worin macht es Ihnen Freude, Ihnen Schwierigkeiten? Welche besonderen Eigenschaften hat es, welche Anlagen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

