

DATENERHEBUNG SCHULJAHR 2023/2024

GRUNDDATEN DER SCHÜLERIN / DES SCHÜLERS (Bitte in Druckschrift ausfüllen):

NACHNAME DES KINDES: _____

VORNAME: _____

GESCHLECHT: weiblich männlich

GEBURTSDATUM: _____

GEBURTSLAND: _____

GEBURTSORT: _____

STRASSE / HAUSNUMMER: _____

PLZ / WOHNORT: _____

Jahr des Zuzugs nach Deutschland (falls nicht hier geboren) _____

KONFESSION: röm. kath. evgl. gr.orth. muslimisch

 ohne andere Konfession _____

STAATSANGEHÖRIGKEIT: _____

In der Familie wird welche SPRACHE **hauptsächlich** gesprochen? _____

Aufnahme in die Klasse: Regelklasse Kunst und Kultur (KuKu) MINT

Mutterspr. Unterricht: ja Sprache _____

Religionsunterricht: kath. Religion ev. Religion Praktische Philosophie

Nachteilsausgleich liegt vor: LRS Dyskalkulie

Geschwisterkinder an der GBM? Ja , Klasse: _____

Bei Unterrichtsausfall benutze ich die Vertretungsapp der GBM

ANGABEN ZUR SCHULLAUFBAHN Bitte tragen Sie die ZEUGNISNOTEN Ihres Kindes hier ein:

1. ZEUGNISNOTEN KLASSE 4 (1. HALBJAHR)

Deutsch	Mathematik	Englisch	Sachunterricht	Sport	Kunst	Musik

ANGABEN ZUR SCHULLAUFBAHN

Name der zurzeit besuchten GRUNDSCHULE:	
Jahr der Einschulung in diese GRUNDSCHULE:	
Name der Klassenlehrer/in	
Hat Ihr Kind während der gesamten Grundschulzeit eine Klasse wiederholt? Wenn JA , welche Klasse?	Klasse 1 <input type="radio"/> Klasse 2 <input type="radio"/> Klasse 3 <input type="radio"/> Klasse 4 <input type="radio"/>

BITTE ANKREUZEN:

vorzeitige Einschulung	<input type="checkbox"/>	altersgemäße Einschulung	<input checked="" type="checkbox"/>	zurückgestellte Einschulung	<input type="checkbox"/>
Förderbedarf ESE	<input type="checkbox"/>	Förderbedarf Lernen	<input type="checkbox"/>	Förderbedarf Sprache	<input type="checkbox"/>

ÜBERGANGSEMPFEHLUNG für die Jahrgangsstufe 5 (BITTE ANKREUZEN):

Hauptschule/GE	<input type="checkbox"/>	Realschule/GE (eingeschränkt)	<input type="checkbox"/>
Realschule/GE	<input type="checkbox"/>	Gymnasium/GE (eingeschränkt)	<input type="checkbox"/>
Gymnasium/GE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung, z.B. ADS, ADHS, usw.*:

ja , Art der Erkrankung: _____ nein

Muss Ihr Kind regelmäßig ein Medikament nehmen?: ja nein

Wenn ja, welches? _____

Eine komplette Masernschutzimpfung wurde vorgenommen. ja nein

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE: Wir sind **gemeinsam** erziehungsberechtigt

Ich bin **alleine** erziehungsberechtigt: Mutter Vater

Sonstige(r): _____ (Nachweis liegt vor!)

Nachweis über alleiniges Sorgerecht liegt vor!

Keine Auskunft an Dritte _____

Mutter, Vorname: _____

Mutter, Nachname: _____

Geburtsland Mutter: _____

Adresse der Mutter, wenn anderer Wohnsitz: _____

Vater, Vorname: _____

Vater, Nachname: _____

Geburtsland Vater _____

Adresse des Vaters, wenn anderer Wohnsitz: _____

HANDY MUTTER	
HANDY VATER	
FESTNETZ	
NOTFALLNUMMER	
E-MAIL* (IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN)	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.
Alle Änderungen werde ich der Schule umgehend mitteilen.

Bochum, _____
(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)