



Anmeldeblatt für Grundschüler 4. Klasse Übertritt in die 5. Klasse Realschule

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Schüler/Schülerin	
Familienname:	
Vornamen:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum(ttmjJJJJ)/Geburtsort:	T T M M J J J J in
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch und/oder
Bekenntnis:	<input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> keines <input type="checkbox"/> sonstiges
Nicht in Deutschland geboren, sondern in _____	Zuzugsdatum
Nicht Deutsch als Umgangssprache, sondern _____	T T M M J J
Erziehungsberechtigte <input type="checkbox"/> beide Eltern oder Alleiniges Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Mutter * <input type="checkbox"/> Vater * <input type="checkbox"/> Sonstige Erziehungs-/ Sorgeberechtigte	Name, Vorname: 1. Mutter: 2. Vater: 3. Sonstiger:
Adresse 1 (Anschrift Schüler / Erziehungsberechtigter)	
Straße:	
Postleitzahl und Ort:	
Telefon (Festnetz privat):	
Telefon (Arbeit):	
Telefon (mobil):	
E-Mail:	
Adresse 2 (Anschrift getrennt lebender und erziehungsberechtigter Elternteil)	
Straße:	
Postleitzahl und Ort:	
E-Mail:	
Telefon:	

Religionsunterricht	<input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> Ethik				
Grund für vom Bekenntnis abweichenden Religionsunterricht:	<input type="checkbox"/> Abmeldung <input type="checkbox"/> keine Religionszugehörigkeit				
Übertritt von Grundschule:	Name der Grundschule:				
Noten in den Fächern:	D		M		HSU
Notendurchschnitt:				PU: ab 3,00	
Aufgrund	<input type="checkbox"/> Eignung <input type="checkbox"/> Probeunterricht				
Besondere Schülermerkmale					
Eine schulpsycholog. Stellungnahme zur Lese-/ Rechtschreibstörung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, gültig bis: _____.	Ein Folgeantrag auf Notenschutz / Nachteilsausgleich wird bei der Schulleitung gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (diesen bitte zeitnah abgeben).				
Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Asthma; Allergien; Herzfehler, Diabetes, Hör- / Sehbehinderung etc.):	_____				
Ein weiterer Nachteilsausgleich bezgl. Inklusion liegt vor:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , MSD _____				
Das Dokument über ausreichenden Masernschutz wurde durch Nachweis (z.B. Impfpass) bestätigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				

Wunsch mit diesem Kind in eine Klasse zu kommen:	
Name eines Wunschkindes: _____	Diesem Wunsch kann eher entsprochen werden, wenn der genannte Wunschpartner Ihr Kind ebenfalls angibt.

Landshut, _____

(***ggf. beide**)
Unterschriften d. Erziehungsberechtigten

_____ aufgenommen von VwAe

_____ Beratungslehrkraft