

Anmeldung an der Grundschule

(Schülerstammblatt)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Gutenbergschule

Grundschule der Stadt Hamm
Schlägelstraße 20 · 59077 Hamm
Tel. 02381 / 304365 · Fax 02381 / 304368
gutenbergschule@grgu.schulen-hamm.de

SCHÜLERDATEN

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Geburtsort	Telefon (Mobil)	
1. Staatsangehörigkeit	Konfession <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige: _____	

NUR AUSZUFÜLLEN BEI MIGRATIONSHINTERGRUND:

Geburtsland des Kindes	Zuzugsjahr	
Verkehrssprache in der Familie	Geburtsland der Mutter	Geburtsland des Vaters

VORSCHULENTWICKLUNG

Besuch des Kindergartens <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> seit	Name des Kindergartens <input type="checkbox"/> KiTa St. Theresia <input type="checkbox"/> KiTa Gellerthaus sonstiger: _____
--	--

PERSONALIEN DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Erziehungsberechtigt sind <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonst.	
Name, Vorname des Vaters	Name, Vorname der Mutter
Staatsangehörigkeit des Vaters	Staatsangehörigkeit der Mutter
Straße, Hausnr. (Vater) (wenn nicht wie Schüler-Adresse)	Straße, Hausnr. (Mutter) (wenn nicht wie Schüler-Adresse)
PLZ, Ort (Vater) (wenn nicht wie Schüler-Adresse)	PLZ, Ort (Mutter) (wenn nicht wie Schüler-Adresse)
Mobilnr. (Vater)	Mobilnr. (Mutter)
Notfallnummer	Ansprechpartner bei Notfallnummer
Notfallnummer	Ansprechpartner bei Notfallnummer
Notfallnummer	Ansprechpartner bei Notfallnummer
Ist die Anmeldung in der offenen Ganztagschule geplant? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Krankenkasse (Angabe freiwillig)	ggf. Zweitwunsch Schule (nur auszufüllen, wenn unsere Schule nicht nächstgelegene Schule ist)
Gesundheitliche Besonderheiten (z. B. Brille, Allergien, Medikamenteneinnahme, Asthma, Epilepsie o. ä.)	

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten