Descartes-Gymnasium **Schuljahr 2024/2025**

Anmeldung für Schülerinnen und Schüler der 4. Jahrgangsstufe

1. Angaben zur Schülerin / zum Schüler

…… ……
Familienname Rufname

……
alle Vornamen (vergleiche Geburtsurkunde), Rufnahme bitte unterstreichen

Geschlecht: ◯ weiblich ◉ männlich

…… ……
Geburtsdatum Geburtsort

Bitte nur ausfüllen, falls die Schülerin / der Schüler nicht in Deutschland geboren ist:

…… …… ……
Geburtsland Datum (Zuzug nach Deutschland) in der Familie gesprochene Sprache

…… ……
Staatsangehörigkeit Bekenntnis Ethik- statt Religionsunterricht: ◯ ja ◉ nein

Wohnung des Schülers: ◯ bei den Eltern ◯ bei der Mutter ◯ beim Vater ◉ Sonstige Wohnung
(Angabe auf der Rückseite)

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

[Von den Eltern abweichende Erziehungsberechtigte (z.B. Vormund) bitte auf der Rückseite angeben.]

Mutter:

……
Familienname, Vorname

……
Beruf (freiwillige Angabe)

……
Straße, Hausnummer

……
PLZ, Wohnort (ggf. mit **Ortsteil**)

…… ……
Mobil Telefon (dienstlich)

……
Telefon (privat)

……
E-Mail-Adresse

Vater:

……
Familienname, Vorname

……
Beruf (freiwillige Angabe)

……
Straße, Hausnummer (falls abweichend)

……
PLZ, Wohnort (ggf. mit **Ortsteil**) (falls abweichend)

…… ……
Mobil Telefon (dienstlich)

……
Telefon (privat) (falls abweichend)

……
E-Mail-Adresse (falls abweichend)

(Falls Sie hier eine oder mehrere E-Mail-Adressen angeben, erhalten Sie Elternbriefe papierlos per E-Mail.)

……
Telefonnummern von weiteren Personen, die angerufen werden können, wenn das Kind erkrankt (z. B. Großeltern, Nachbarn, ...)

……
Telefonnummern von weiteren Personen, die angerufen werden können, wenn das Kind erkrankt (z. B. Großeltern, Nachbarn, ...)

Bitte wenden!

3. Weitere Angaben über die Schülerin / den Schüler: ……..……..
Familien- und Rufname

2 –3 Freundinnnen / Freunde, mit denen die Schülerin / der Schüler in derselben Klasse sein möchte (wird berückssichtigt, falls möglich):

1. ……..…….....
Name, Vorname

2. ……..…….....
Name, Vorname

3. ……..…….....
Name, Vorname

Gesundheitszustand:

……..……...
andauernde Erkrankungen bzw. körperliche Beeinträchtigungen

Beeinträchtigung in der schulischen Entwicklung

☐ Lese- Rechtschreibstörung ☐ Autismus- Spektrum- Störung

(Falls Sie hier ein Kreuz setzen, nehmen Sie bitte umgehend Kontakt mit der Schulpsychologin auf! Die E-Mail-Adresse finden Sie auf der Homepage.)

sonstige Wohnung:

…… ……..……
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort (ggf. mit **Ortsteil**)

alternative Erziehungsberechtigte (z.B.: Vormund):

…… ……
Familienname Vorname

…… ……
Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort (ggf. mit **Ortsteil**)

…… …….…….. ……
Mobil Telefon (dienstlich) Telefon (privat)

bisheriger Schulbesuch:

…….. ……
Datum (Eintritt in die Grundschule) Name der bisher besuchten Schule

Noten im Übertrittszeugnis: Deutsch: ……. Mathematik: ……. HSU: ……. Durchschnittsnote: 0,00……..

◯ für das Gymnasium geeignet ⦿ Probeunterricht erforderlich

Bläserklasse:

Teilnahme an einer Bläserklasse gewünscht (siehe Merkblatt): ◯ ja ⦿ nein

…… ……
Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten