



ANMELDESCHIN GBS (bitte deutlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Nachname des KINDES: _____	männlich <input type="checkbox"/>
Vorname/n: _____	weiblich <input type="checkbox"/>
Straße: _____ PLZ: _____	divers <input type="checkbox"/>
Ort: _____	
geboren am: _____ in Ort: _____ Land: _____ Konfession: _____	
Bitte ankreuzen TEILNAHME am: Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Praktische Philosophie <input type="checkbox"/>	
BUT (Bildung und Teilhabe) Bildungs-Karten-Nr. d. Kindes: _____	
Ist bereits ein GESCHWISTERKIND an der GBS: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in Klasse: _____ Name: _____	
WUNSCHKIND: (max.2) _____ / _____	
Verkehrssprache in der Familie: _____ Staatsangehörigkeit: _____	
TEILNAHME am Herkunftssprachlichen Unterricht (HSU): nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sprache: _____	
Einschulungsalter d. Kindes: _____ Jahre Einschulungsjahr: _____ Grundschule: _____	
Wiederholung einer Klasse: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche? _____	
LRS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dyskalkulietest erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
EMPFEHLUNG der Grundschule:	
Hauptschulempfehlung	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Realschulempfehlung	<input type="checkbox"/>
Realschulempfehlung	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte Gymnasialempfehlung	<input type="checkbox"/>
Gymnasialempfehlung	<input type="checkbox"/>

IMPFNACHWEIS erbracht im Hinblick auf „**MASERN**“ : nein ☐ ja ☐

ERKRANKUNGEN - Abfrage der gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Chronische Erkrankungen: nein ☐ ja ☐ welche? _____

Medikamente: nein ☐ ja ☐ welche? _____

(Bei „Bedarf“ oder „regelmäßig“-bitte vermerken)

Medikamentenunverträglichkeit: ja ☐ welche Medikamente ? _____

Allergien: nein ☐ ja ☐ welche? _____

Gertrud-Bäumer-Realschule