

## Anmeldung in Klasse 5 - Schuljahr 2026/2027

### Personalien des Kindes

Name	Vorname
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Eintritt in Grundschule: 01.08.20 _____
Geburtsdatum	Name der Grundschule:
Geburtsort	Empfehlung Gymnasium <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Bisherige Schulen?
gewöhnlicher Aufenthalt: <input type="checkbox"/> Vater / <input type="checkbox"/> Mutter / <input type="checkbox"/> Wohngruppe	
Religion/Konfession	Bisherige Klasse?
Teilnahme am Religionsunterricht rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> Ethik <input type="checkbox"/>	Schuljahr wiederholt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche Klasse/n?

### Personalien der/des Erziehungsberechtigten

Name des Vaters:	Name der Mutter:
Vorname	Vorname
Straße	Nr.
PLZ / Wohnort	PLZ / Wohnort
Orts-bzw.Stadtteil:	Orts-bzw.Stadtteil:
Mail	Mail
Telefon privat	Telefon privat
Telefon dienstlich	Telefon dienstlich
Mobil	Mobil

Notfall:
Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige

Gesundheitliche Beeinträchtigungen:	Behandelnder Arzt:
-------------------------------------	--------------------

**Wichtig:** Ich bestätige, dass ich das Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz erhalten habe.  
Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, bei Auftreten der dort aufgeführten Erkrankungen der Schule unverzüglich Meldung zu machen.

**Masernimpfung:**  Ja  Nein Bitte Impfausweis vorlegen!

**1. Fremdsprache:**  Englisch  Französisch

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder zu Repräsentations- und Dokumentationszwecken veröffentlicht werden dürfen.  Ja  Nein

Ich bitte, meine(n) Tochter/Sohn zum 10.08.2026 an der GemS Kleinblittersdorf aufzunehmen.

Kleinblittersdorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## Aufnahmegerespräch zur Neuanmeldung

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>					
<b>Stärken</b>						
<b>Schwächen</b>						
<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b>  Art der Beeinträchtigung (Allergien ...):  .....	<input type="checkbox"/> LRS – Störung		<input type="checkbox"/> LRS-Schwäche		<input type="checkbox"/> Dyskalkulie	
	<input type="checkbox"/> ADS		<input type="checkbox"/> ADHS		<input type="checkbox"/> Autismus	
<b>Maßnahme:</b>  .....	Maßnahme:		<input type="checkbox"/> medikamentiert <input type="checkbox"/> zurzeit in Therapie bei  <input type="checkbox"/> Therapie abgeschlossen <input type="checkbox"/> Gutachten liegt der Schule vor <input type="checkbox"/> Gutachten ist angefordert			
<b>sonderpädagogischer Förderbedarf</b>	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hö Seh	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> G
	<input type="checkbox"/> diagnostische Unterlagen werden der Schule vorgelegt					
<b>Frühförderung</b>	<input type="checkbox"/> ja  Grund: .....					
<b>Nachmittagsbetreuung</b>	<input type="checkbox"/> bis 15 Uhr			<input type="checkbox"/> bis 17 Uhr		
<b>Wünsche bzgl. Klassenzuordnung</b>	<input type="checkbox"/> mit ..... in eine Klasse <input type="checkbox"/> NICHT mit ..... in eine Klasse					