



## Anmeldung in Klasse 5 - Schuljahr 2026/2027

Personalien des Kindes			
<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
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.	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:
<b>Wichtig:</b> 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: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte Impfausweis vorlegen!	
1. Fremdsprache: <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Französisch	
Ich bin damit einverstanden, dass Bilder zu Repräsentations- und Dokumentationszwecken veröffentlicht werden dürfen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

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

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

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## Aufnahmegespräch zur Neuanneldung

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>					
<b>Stärken</b>						
<b>Schwächen</b>						
<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b> Art der Beeinträchtigung (Allergien ...): ..... Maßnahme: .....	<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	
			<input type="checkbox"/> Sonstige			
	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"/> Hö	<input type="checkbox"/> 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					