

Anmeldung an der Fortuin Gemeinschaftsschule Illingen – Klasse 5

Angaben zur anmeldenden Person			
Name		Vorname	
E-Mail-Adresse			
Telefon		Erziehungsberechtigt?	☐ ja ☐ nein

Angaben zur Schülerin/ zum Schüler			
Name		Vorname(n)	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d	Religion/Konfession	☐ rk ☐ ev ☐ is ☐ so ☐ k.A.
Staatsangehörigkeit		Muttersprache(n)	
Zuzug nach D. (Jahr)		Teilnahme am Fach	☐ Religion ☐ Ethik
Straße/Hausnummer			
PLZ		Wohnort/Ortsteil	
Sorgeberechtigte Person(en)		☐ Mutter ☐ Vater ☐ gemeinsam ☐ Sonstige	
Kind lebt bei			
Vorliegen eines amtlichen Nachweises über alleinige(s) Sorgerecht / Vormundschaft			☐ ja ☐ nein

Angaben zu Eltern/Erziehungsberechtigten		
	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Straße/Hausnummer		
PLZ		
Wohnort/Ortsteil		
Tel. (privat)		
Tel. (dienstlich)		
Mobil		
E-Mail		
Notfallnummer(n) weiterer Verwandter		

Angaben zum Grundschulbesuch			
Name und Ort der Grundschule			
Klasse		Klassenlehrkraft	
Eintritt in die Grundschule (Jahr)			
Wiederholung der Klassenstufe	☐		
Förderplan	☐ ja ☐ nein		
Grund des Förderplans			

Weitere Angaben zur Anmeldung	
Gymnasialempfehlung	☐ ja ☐ nein
Geschwisterkind an der FGI	☐ ja ☐ nein
Unterrichtszweig	☐ Halbtage ☐ Ganztage
Masernschutz vorliegend	☐ ja ☐ nein
Jahr der 2. Masernimpfung	
Einverständnis der Eltern mit der Veröffentlichung von Fotos im schulischen Rahmen	☐ ja ☐ nein
Einverständnis der Eltern, dass das Kind nach Hause gehen darf, falls der Unterricht im Ganztage unplanmäßig um 13:05 Uhr endet.	☐ ja ☐ nein
Einverständnis mit dem Einsatz eines Schulbegleithundes in der Klasse des Kindes	☐ ja ☐ nein
Hundehaarallergie des Kindes	☐ ja ☐ nein
Einverständnis der Eltern mit der Speicherung der persönlichen Daten im Rahmen der Schulverwaltung	☐ ja ☐ nein
Schwimmabzeichen	☐ ja ☐ nein
Ärztliches Fördergutachten (bitte in Kopie abgeben)	☐ ja ☐ nein
Gesundheitliche Beeinträchtigungen/ chronische Erkrankungen/ Besonderheiten, die im Schulalltag zu Beeinträchtigungen führen können	☐ ja ☐ nein
Therapeutische Maßnahmen	☐ ja ☐ nein
Medizinische Hilfsmittel (Rollstuhl, o.ä.)	☐ ja ☐ nein
Einnahme regelmäßiger Medikamente	☐ ja ☐ nein

Prüfung der Angaben und Unterschrift	
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. _____ Ort/Datum _____ Erziehungsberechtigte(r) 1 _____ Erziehungsberechtigte(r) 2	

Angaben zu Vormund	
Name	
Vorname	
Straße/Hausnummer	
PLZ	
Wohnort/Ortsteil	
Tel. (privat)	
Tel. (dienstlich)	
Mobil	
E-Mail	
Notfallnummer(n) weiterer Personen	

Angaben zu Wohngruppe	
Name Organisation	
Name Wohngruppe	
Straße/Hausnummer	
PLZ/Ort	
Verwaltung	
Tel Organisation	
Tel Wohngruppe	
Mobil	
E-Mail	
Bezugserzieher(in)	

Prüfung der Angaben und Unterschrift	
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.	
_____ Ort/Datum	
_____ Erziehungsberechtigte(r) 1	_____ Erziehungsberechtigte(r) 2