

Gemeinschaftsschule der Stadt Mölln in Mölln

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geschlecht (m/w): _____ Geschwisterkind an der Schule (ja/nein): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Postleitzahl/Wohnort/Straße: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religionszugehörigkeit: _____

Mutter sorgeberechtigt: ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon, privat: _____ dienstlich/Handy: _____

Vater sorgeberechtigt: ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon, privat: _____ dienstlich/Handy: _____

Zuzugsjahr des Kindes nach Deutschland, wenn nicht in Deutschland geboren: _____

Krankenkasse: _____

Jahr der Einschulung/in welche Grundschule: _____

Welche Klasse wurde evtl. wiederholt? _____

Legastheniker (förmliche Anerkennung): ja nein Sonderpädagogischer Förderbedarf/welcher: _____ ja nein Teilnahme am Religionsunterricht: ev. kath. philo

Zuletzt besuchte Schule: _____

Welche Schulübergangsempfehlung wurde am Ende der 4. Klasse empfohlen?

Gemeinschaftsschule Gymnasium und Gemeinschaftsschule Keine Empfehlung

Erster Schultag an der Gemeinschaftsschule Mölln: _____

Beitritt zum Schulverein der Gemeinschaftsschule: ja nein

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten