VIELFALT | MITEINANDER | LEBEN | LERNEN

Gemeinschaftsschule Döffingen | Bergstraße 18 | 71120 Grafenau | Telefon: 07033 / 43 49 7

ANMELDUNG FÜR KLASSENSTUFE _____ IM SCHULJAHR _____

Schüler*innendaten

Familienname:	Vorname:
Geschlecht: [ ] weiblich [ ] männlich	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Geburtsland:
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	Not-Telefon:
Konfession: [ ] kath. [ ] ev. [ ] sonstige: [ ] keine	
Religions-Unterricht: [ ] kath. [ ] ev. [ ] Ethik	
1. Staatsangehörigkeit: [ ] deutsch [ ] sonstige:	
2. Staatsangehörigkeit:	
Muttersprache: [ ] deutsch [ ] sonstige:	
Erkrankungen: [ ] Asthma [ ] Diabetes [ ] sonstige:	
Allergien:	
Sonderpädagogischer Förderbedarf: [ ]Nein [ ] Ja: Förderbedarf _____	
Geschwister an der GMS Döffingen: [ ]Nein [ ] Ja: Klasse ___	

Erziehungsberechtigte

Vater	Familienname:	Vorname:
	Straße, Hausnummer:	
	PLZ, Wohnort:	
	Telefon dienstlich:	Mobiltelefon:
	E-Mail:	
	1. Staatsangehörigkeit: [ ] deutsch [ ] sonstige:	
Mutter	Familienname:	Vorname:
	Straße, Hausnummer:	
	PLZ, Wohnort:	
	Telefon dienstlich:	Mobiltelefon:
	E-Mail:	
	1. Staatsangehörigkeit: [ ] deutsch [ ] sonstige:	

Schullaufbahn

Zuletzt besuchte (Grund)Schule:	Klasse:
Anschrift der Schule:	
Ab Klasse 7	Bisheriges Wahlpflichtfach:
Ab Klasse 8	Bisheriges Profilfach:

Schulweg

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln: [ ] nein [ ] ja
Geschwister fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Schule: [ ] nein [ ] ja, _____ Geschwister

Ab Klasse 5: Antrag auf Mittagessen zuhause: [ ] nein [ ] ja

Auf Anfrage werden hierzu Informationen ausgegeben

Falls Ihr Kind gesundheitliche Probleme haben sollte, teilen Sie uns diese bitte mit. Danke.

_____

_____

_____

_____

*Wir weisen darauf hin, dass Gemeinschaftsschulen differenzierte Leistungsbeurteilungen erstellen. Diese umfassen eine Verbalbeurteilung und (an der GMS Döffingen) auch eine Darstellung der Ausprägung der von den Schüler*innen erreichten Kompetenzen.*

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich auch damit einverstanden, dass nur in den Abschlussklassen und in absolut begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei einem Schulwechsel) Ziffernnoten erteilt werden.

_____ _____

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

NUR BEI ANMELDUNG FÜR KLASSE 5

Zur Kooperation zwischen Grundschule und weiterführender Schule

Die Lehrkräfte der abgegebenen Grundschule und die Lehrkräfte unserer aufnehmenden, weiterführenden Schule möchte den Übergang bestmöglich begleiten und im Einvernehmen mit den Eltern vertrauensvoll kooperieren.
Wir bitten Sie, diese Zusammenarbeit zu unterstützen und uns Ihr Einverständnis zum Informationsaustausch und zur gemeinsamen Beratung zwischen den Lehrkräften der Grundschule und der weiterführenden Schule zu geben.
Mit dieser Einverständniserklärung wird das Elternrecht auch im Hinblick auf den Datenschutz gewahrt.

Einverständniserklärung

[ ] Ich bin / wir sind damit einverstanden,
[ ] Ich bin / wir sind nicht damit einverstanden,

dass mit Blick auf einen gelingenden Übergang zwischen Grundschule und weiterführender Schule sich die Lehrkräfte hinsichtlich des Schulwechsels meines / unseres Kindes (Vor- und Zuname) _____ gemeinsam beraten.

Dazu gehört auch, dass die Lehrkräfte Informationen zu Fragen, Erkenntnissen und Beobachtungen im Zusammenhang mit dem Übergang Ihres Kindes austauschen.

Die Grundschullehrkräfte können auch Kenntnisse über den Entwicklungsprozess und den Entwicklungsstand meines / unseres Kindes an die Lehrkräfte der weiterführenden Schule weitergeben.

_____ _____

Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)