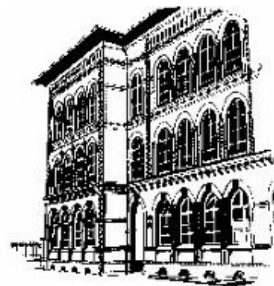


# Anmeldung Klasse 5

## SCHULJAHR 2024/25



**Geschwister-Scholl-Realschule**

Gravenreuthstraße 10 • 50823 Köln  
 Telefon 0221-9556040 • Fax 0221-552480  
 Info-gss@stadt-koeln.de  
 www.geschwisterschollrealschule.de

Gespräch am:

HS    Eing. RS    RS    Eing. Gym    Gym

Angaben zum Kind					
Name	<input type="text"/>			Vorname	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Masernimpfpass			<input type="checkbox"/>	Passfoto
<input type="checkbox"/>	Zeugnis (komplett)			<input type="checkbox"/>	Schulformempfehlung
Geburtstag	<input type="text"/>	Stadt	<input type="text"/>	Land	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> d	Ggf. Zuzugsjahr	<input type="text"/>
Adresse	Straße und Hausnummer				
	<input type="text"/>				
Adresse	PLZ und Ort				
	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>		Ortsteil	<input type="text"/>	
1.Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>		ggf. 2. Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Religion	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eiln. am Rel. Unterricht	<input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis		
Besucht ein Geschwisterkind bereits die Geschwister-Scholl-Schule?					
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja	Name	<input type="text"/>	Klasse	<input type="text"/>

Angaben zu den Erziehungsberechtigten					
Mutter	<input type="text"/>			Vater	<input type="text"/>
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere			Bescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Name	<input type="text"/>		Name	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>		Vorname	<input type="text"/>	

Geburtsland	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>
Staatsang.	<input type="text"/>	Staatsang.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Handynummer	<input type="text"/>	Handynummer	<input type="text"/>
Notfallnummer	<input type="text"/>		
Weitere Ansprechpartner Bevollmächtigte zur Abholung	<input type="text"/>		

Weitere Angaben:	
Mit wem möchte Ihr Kind gemeinsam eine Klasse besuchen? ( <i>nur einen Namen</i> ):	<input type="text"/>
Mit wem möchte Ihr Kind <u>nicht</u> gemeinsam eine Klasse besuchen? ( <i>nur einen Namen</i> ):	<input type="text"/>
Sonderpäd. Förderbedarf	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Lernen (LE) <input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung (ESE) <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung (KM) <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation (HK) <input type="checkbox"/> Sehen (SE) <input type="checkbox"/> Sprache (SQ) <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung (GG) <input type="checkbox"/> andere
Sonstiges (LRS, ADHS, Dyskalkulie, Schulbegl.....) <input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Hat Ihr Kind an Fördermaßnahmen oder Therapien teilgenommen? <input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Welche Grundschule besucht Ihr Kind?	<input type="text"/>
Jahr der Einschulung in die Grundschule?	<input type="text"/>
Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?	<input type="text"/>
Unterstützung (BuT, Soz. Hilfe...	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aktuelle Bescheinigung liegt vor
Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme/ Allergien? <input type="checkbox"/> ja (welche) <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Wunsch Zweitschule	<input type="text"/>

Unterschrift (beider Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_