



Behinderungen bzw. Krankheiten:	
Rechtshänder/Linkshänder:	Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/>
Vorgelegte Nachweise:	Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Familienstammbaum <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>

Bekenntnis:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> sonstiges
Religion/Ethik Unterricht	<input type="checkbox"/> ev. Religion <input type="checkbox"/> kath. Religion <input type="checkbox"/> Ethik

Sorgeberechtigte Eltern		
	Mutter	Vater
Name, Vorname:		
Straße und Hausnummer:		
PLZ, Ort, Ortsteil		
Telefon (privat) Handy:		
Telefon (privat) Festnetz:		
E-Mail:		
Arbeitsstelle:		
Telefon (dienstlich):		
Telefon Notruf Großeltern:		
Telefon Notruf 2:		

Bei Alleinerziehenden:	Haben Sie das alleinige Sorgerecht?			(Wenn Ja, bitte Gerichtsurteil/-beschluss vorlegen!)
	Ja		Nein	
Gerichtsurteil/-beschluss hat vorgelegen:	Ja		Nein	

Bei Lebensgemeinschaften:	Hat der Vater eine Sorgerechtserklärung abgegeben?		
	Ja		Nein
Nachweis hat vorgelegen:	Ja		Nein

**Andere Sorgeberechtigte (Großeltern, Pflegefamilie, etc.)**

Name, Vorname:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ, Ort, Ortsteil	
Telefon (privat) Handy:	
Telefon (privat) Festnetz:	
E-Mail:	
Arbeitsstelle:	
Telefon (dienstlich):	
Telefon Notruf Großeltern:	
Telefon Notruf 2:	
Hinweise:	

**Masernschutzimpfung Nachweis****(Bitte Impfausweis oder eine Bescheinigung vom Arzt zur Anmeldung mitbringen)**

1. Impfung erfolgte am: \_\_\_\_\_
2. Impfung erfolgte am: \_\_\_\_\_

Der Schule wurde eine Impfunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt: 

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Sekretärin/Schule: \_\_\_\_\_

**Kenntnisnahme des Informationsblattes nach Artikel 13 DS-GVO**

Das Informationsblatt zur „Informationspflicht nach Art. 13 DS-GVO – Direkterhebung beim Betroffenen- zum Zeitpunkt der Begründung des Schulbesuchsverhältnisses“ und die darin enthaltenen Informationen habe/n ich/wir

erhalten und zur Kenntnis genommen: Ja  Nein \_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufnehmende/r\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte