

Elternbefragung zur Schulanmeldung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

1) **Daten des Kindes:**

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Staatsbürgerschaft _____

Besuch einer Kindertagesstätte nein ja Name: _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Mutter:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon (für eventuelle Rückfragen) _____

Email-Adresse _____

sorgeberechtigt: ja nein

Vater:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon (für eventuelle Rückfragen) _____

Email-Adresse _____

sorgeberechtigt: ja nein

2) Einzelkind Geschwister (Anzahl) _____

Stellung in der Geschwisterreihe: 1 2 3 4 5 6

Familiäre Situation: Vater und Mutter Alleinerziehend Kontakt zum
anderen Elternteil
ja / ein

Name des Kindes: _____

3) **Bisherige Entwicklung des Kindes:**

Hat es in den ersten Lebensjahren (evtl. auch während der Schwangerschaft) Schwierigkeiten gegeben, die

a) für die Entwicklung des Kindes bedeutsam waren? ja / nein

b) auf die jetzige Entwicklung noch Einfluss haben, und beim Lernprozess berücksichtigt werden müssen? ja / nein

4) Kann sich das Kind selbst anziehen? ja / nein

5) Gab es Schwierigkeiten beim Übergang in den Kindergarten?
Trennungsängste?

6) Links- Rechtshänder: _____
Sprachauffälligkeiten: _____
Gesundheitliche Probleme: _____
Sonstiges: _____

7) Bisher durchgeführte Fördermaßnahmen/Therapien?

Name des Kindes: _____

Information über die Teilnahme am schulischen Ethik- oder Religionsunterricht

Liebe Eltern,

gemäß § 21 des Schulgesetzes des Land Sachsen-Anhalt müssen die Eltern über die Teilnahme am Ethik- bzw. Religionsunterricht ihres Kindes entscheiden.

Zur Planung wäre es schön, wenn Sie uns schon heute Ihre eventuelle Entscheidung mitteilen könnten. Eine Änderung Ihrer Entscheidung ist selbstverständlich jederzeit noch möglich.

- Ich möchte, dass mein Kind mit Beginn der Schulpflicht am evangelischen Religionsunterricht teilnimmt.
- Ich möchte, dass mein Kind mit Beginn der Schulpflicht am Ethikunterricht teilnimmt.

Einverständniserklärung

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass die angegebene/n Telefonnummer/n zum Zwecke des Informationsaustauschs an das Gesundheitsamt Landkreis Saalekreis in Verbindung mit der Schuleingangsuntersuchung weitergereicht werden dürfen.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten