Anmeldeformular Einschulung

Astrid-Lindgren-Grundschule **Schuljahr 2024/2025**

Name, Vorname:	☐m ☐w	**Geburtsdatum:**	
Straße:		**Geburtsort:**	
PLZ/Ort:		**Konfession:**	
Telefon:		**Staatsangehörigkeit:**	
Handy:		**E-Mail:**	

Hat Ihr Kind eine langfristige körperliche, seelische, geistige Beeinträchtigung oder eine Sinnesbeeinträchtigung? ☐ **ja** ☐ **nein**

Wenn ja, welche? _____

Besuchter Kindergarten:

Kindergarten	Ort	Von – Bis (Jahr)

Geschwister:

Stellung in der Geschwisterreihe **1.☐ 2.☐ 3.☐ 4.☐ 5.☐ von Kindern**

	Name	**Vorname**	**Anschrift (falls abweichend von Anschrift des Kindes)**
Mutter			
Vater			

Staatsangehörigkeit: **Mutter:** **Vater:**

Erziehungsberechtigt: ☐**Mutter** ☐**Vater** ☐ **beide**

Ggf. Anschrift des Erz.-Ber. bei dem das Kind nicht wohnt:

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Einverständniserklärung

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass die Lehrerinnen und Lehrer der Astrid-Lindgren-Grundschule mit den Erzieherinnen in der Kindertagesstätte _____

über den Entwicklungsstand unseres/meines Kindes _____

sprechen.

Burgdorf, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten