

Anmeldeformular Einschulung
Astrid-Lindgren-Grundschule **Schuljahr 2027/2028**



| | | | |
|----------------|---|----------------------|--|
| Name, Vorname: | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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 und/oder Vater

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Einverständniserklärung

Wir sind/Ich bin damit einverstanden, dass die Lehrkräfte der Astrid-Lindgren-Grundschule mit den ErzieherInnen in der Kindertagesstätte _____ über den Entwicklungsstand unseres/meines Kindes _____ sprechen.

Burgdorf, den

 Unterschrift der Erziehungsberechtigten