Anmeldung der Schulanfänger zum Schuljahr 2024/ 25 *Kennziffer:*

Gewünschte Grundschule:

Schüler / Schülerin (Name, Vornamen), <u>Rufname</u> bitte unterstreichen

☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum	Geburtsort / Geburtsland	Konfession	Staatsangehörigkeit	Rechtsstatus/Aufenthalts-status befristet bis

☐ Migrationsvorgeschichte vorhanden ? Wenn ja, bitte Geburtsland, Zuzugsjahr und Verkehrssprache angeben!

Geburtsland Vater	Geburtsland Mutter	Geburtsland Kind	Zuzugsjahr

Welche Sprache – außer deutsch - wird in der Familie gesprochen (Verkehrssprache) :

Erziehungsberechtigte

1. Name, Vorname	2. Name, Vorname
Anschrift/en	
E-Mail-Adressen	

Telefon 1	Telefon 2	Telefon 3

<u>Erklärung getrennt lebender Erziehungsberechtigter mit gemeinsamem Sorgerecht:</u>

Die Mutter / der Vater des o.g. Kindes ist mit der Einschulung in die _____ einverstanden
(Name der Grundschule)

☐ nein ☐ ja

Vorzeitige Einschulung (nach dem 30.09.2018 geboren) ☐nein ☐ ja

Vom Schulbesuch im Schuljahr 2023/2024 zurückgestellt ☐ nein ☐ ja

Gem. § 35 Absatz 3 Schulgesetz wird die Zurückstellung vom Schulbesuch für das Schuljahr 2024/2025 beantragt ☐ nein ☐ ja

Besuch eines Kindergartens oder einer ähnlichen Einrichtung ☐ nein ☐ ja ▷ Jahre

Der zuletzt besuchte Kindergarten / die zuletzt besuchte Einrichtung ist (Name und Anschrift):

☐ Wir/Ich beantrage/n die Bewilligung eines kostenlosen GoCard-Abonnements[1].

[1] Hinweis: Ein Anspruch besteht erst, wenn die einfache fußläufige Entfernung zur nächstgelegenen Grundschule der gewählten Konfession (ev., kath.) oder Gemeinschaftsgrundschule mindestens 2 km beträgt.

Wir wünschen eine Betreuung ☐ im Offenen Ganztag ☐ in der Bis-Mittag-Betreuung

Freiwillige Angabe:

Krankenkasse des Kindes (für den Fall eines Schulunfalles):

_____ _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte (Mutter) Unterschrift Erziehungsberechtigter (Vater)

Masernschutzgesetz *(nur von der Schule auszufüllen)*

1. Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Der Nachweis
☐ **über 2 Masernimpfungen durch Vorlage eines/r** ☐ Impfausweises ☐ ärztlichen Bescheinigung
☐ **über eine Immunität gegen Masern durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung** über eine dokumentierte Masernerkrankung oder einen serologischen Nachweis, weshalb kein Impfnachweis erforderlich ist,
☐ **über eine dauerhafte medizinische Kontraindikation gegen eine Masernschutzimpfung durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung,**
☐ **in Form einer Bescheinigung einer Behörde oder einer anderen Einrichtung,** dass ein Nachweis über ausreichenden Masernimpfschutz, eine ärztliche Bescheinigung über Immunität oder Kontraindikation bereits vorgelegt wurde,
wurde erbracht am *(Datum):*

Für das umseitig genannte Kind konnte § 20 Absatz 9 IfSG aus nachfolgendem Grund nicht als erfüllt bewertet werden.

☐ Es konnte keiner der oben aufgeführten Nachweise vorgelegt werden. ☐ Ein Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich.	**Hinweis:** Bitte benachrichtigen Sie auch das zuständige Gesundheitsamt.

_____
Ort, Datum

Stempel/Einrichtung

_____
Unterschrift der Einrichtungsleitung