|  |
| --- |
| Anmeldung der Schulanfänger zum Schuljahr 2026/ 27 Kennziffer:  |
| Gewünschte Grundschule: |
|  |
| **Schüler / Schülerin (Name, Vornamen), Rufname 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 |
| Erklärung getrennt lebender Erziehungsberechtigter mit gemeinsamem Sorgerecht:Die Mutter / der Vater des o.g. Kindes ist mit der Einschulung in die \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ einverstanden (Name der Grundschule)  [ ]  nein [ ]  ja |
| Vorzeitige Einschulung (nach dem 30.09.2020 geboren) [ ] nein |  [ ]  ja |
| Vom Schulbesuch im Schuljahr 2025/2026 zurückgestellt [ ]  nein |  [ ]  ja |
| Gem. § 35 Absatz 3 Schulgesetz wird die Zurückstellungvom Schulbesuch für das Schuljahr 2026/2027 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 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