

# Grundschule

63849 Leidersbach Staudenweg 31

Telefon: 06028 7431

Fax: 06028 995530

email: [sekretariat@vs-leidersbach.de](mailto:sekretariat@vs-leidersbach.de)

[www.vs-leidersbach.de](http://www.vs-leidersbach.de)

## Fragebogen zum Anmeldeblatt

des Schülers / der Schülerin

Familienname: \_\_\_\_\_ Vornamen (Rufname unterstreichen): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy (Mutter): \_\_\_\_\_ Handy (Vater): \_\_\_\_\_

E-Mail (Mutter): \_\_\_\_\_

E-Mail (Vater): \_\_\_\_\_

Unter welcher Telefonnummer sind Sie am Vormittag zu erreichen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsort: (Landkreis, Land) \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte:** (Name, Anschrift):

(Bei Alleinerziehenden bitte den Sorgerechtsbeschluss in Fotokopie beilegen!)

## Weitere Angaben über den Schüler / die Schülerin

Zahl der Geschwister:

\_\_\_\_\_

Geburtsjahre der Geschwister:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hat das Kind einen Kindergarten oder eine andere Fördereinrichtung besucht?

Ja / nein \_\_\_\_\_ (Jahre)

Besucher **Kindergarten** oder andere **Fördereinrichtung**:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:

*Rückseite nicht vergessen !!*

Durch sorgfältiges Ausfüllen des Fragebogens ermöglichen Sie es den Lehrkräften auf die Besonderheiten Ihres Kindes Rücksicht zu nehmen.

---

**Gab es nach Ihrer Meinung Verzögerungen in der körperlichen Entwicklung Ihres Kindes**

(z.B. Sitzen, Stehen, Laufen, Greifen, Sprechen . . .)?

nein

Wenn ja, welche?

---

Braucht Ihr Kind noch Hilfe beim An- und Ausziehen (z.B. Schuhe binden) ?

nein

ja

Spielt Ihr Kind alleine, d.h. ohne Aufforderung?

nein

ja

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind beim Malen oder Basteln?

die rechte

die linke

---

**Welche schwerwiegenden Krankheiten traten bei Ihrem Kind auf?**

Keuchhusten

Kinderlähmung

Nieren-/Blasenentzündung

Hirnhautentzündung

Anfälle/Fieberkrämpfe

andere \_\_\_\_\_

---

**Gibt es bei Ihrem Kind besondere körperliche Beeinträchtigungen?**

Sehbehinderung

Hörbehinderung

Probleme beim Sprechen oder bei der Lautbildung

---

**Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte, therapeutische Maßnahmen (z.B. Ergotherapie, Logopädie)**

---

**Gesundheitliche Besonderheiten (Wichtige Hinweise für die Schule dazu siehe auch Beiblatt „Für den Notfall“)**

Allergien, Asthma

Herzfehler, die zur Minderung der

Belastbarkeit beim Sport oder

Wandern führen

Neigung zu Erkältungen

diagnostiziertes ADS/ADHS

häufige Kopfschmerzen

Diabetes (Zuckerkrankheit)

---

Das Kind ist derzeit in ärztlicher Behandlung bei \_\_\_\_\_

Sonstige Hinweise (z.B. **fehlende Deutschkenntnisse**, besondere Begabungen, Interessen, Neigungen, besondere Angewohnheiten usw.) \_\_\_\_\_

---

**Ich bin damit einverstanden, dass vom Kindergarten an die Schule Auskunft über mein Kind erteilt werden darf.**

ja

nein

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

Die Angaben sind freiwillig und werden streng vertraulich behandelt.