



Oberschule Berenbostel

Schulzentrum III Garbsen



Georgstraße 1, 30827 Garbsen, 05131 90861-900/-990
info@obsberenbostel.de www.obs-berenbostel.de

Anmeldung für Klasse __

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Herkunftssprache: _____ Religionszugehörigkeit: _____

Staatsangehörigkeit: _____ 2. Staatsangehörigkeit: _____

Datum der ersten Einschulung: 1.8. _____

Abgebende Schule: _____ Klasse: _____

Unser Kind hat bereits Klasse: _____ wiederholt.

Ergebnis Beratungsgespräch: _____

Straße / Nr.: _____

Wohnort (mit Postleitzahl): _____

Ortsteil: _____

Telefon: 1. Telefonnummer: _____ 2. Telefonnummer: _____

im Notfall: _____

E-Mail-Adresse: _____

Erziehungsberechtigte/r: Mutter Vater beide Sonstige

Hat Ihr Kind Geschwister Ja Nein

Name, Vorname der Mutter: _____

Name, Vorname des Vaters: _____

Name, Vorname (Sonstige): _____

(Anschrift, falls abweichend): _____

Den Nachweis über die alleinige Erziehungsberechtigung reiche ich nach.

Teilnahme am Unterricht in folgendem Fach:

Werte und Normen

Für ausländische und ausgesiedelte Schülerinnen oder Schüler:

Flüchtlingsstatus Aussiedler

Wir leben seit dem _____ in Deutschland
und kommen aus _____ in _____.

Unser Kind hat Unterstützungsbedarf:

GE LE SR ES KM

Wünsche für die Klassenzusammenstellung:

Unser Kind möchte möglichst mit folgenden Schülerinnen/Schülern in dieselbe Klasse:

1. _____

2. _____

Sonstiges:

Hat Ihr Kind

AD(H)S LRS Dyskalkulie

gesundheitliche Einschränkungen

familiäre Besonderheiten (Familienhilfe, Betreuer, Schulbegleiter, Schülerbeförderung)

BuT berechtigt Ja Nein

Teilnahme Schulbuchausleihe: Ja Nein (80%) Nullzahler

Fahrschüler Ja Nein

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____ Datum: _____