

Anmeldung MITTELSCHULE MARIENBERG

AufnahmebewerberIn

Familienname

Vorname(n) (laut Geburtsurkunde)

Beigelegte bzw. vorgewiesene Dokumente:

- Elternfragebogen + Motivationsschreiben Foto des Kindes
 Geburtsurkunde + Staatsbürgerschaftsnachweis Schulnachricht/Zeugnis

- Ich bin damit einverstanden, dass ein Übergangsgespräch mit den Lehrpersonen der Volksschule stattfindet, falls es zur Aufnahme meines Kindes in die Mittelschule kommt.
 Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an mehrtägigen Schulveranstaltungen mit Übernachtung teilnimmt.

Ort

Datum

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Bitte in **Blockschrift** auszufüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Kind:

1. Geburtsdatum:

--	--	--	--

--	--

--	--

 / Versicherungsnummer:
2. PLZ, Wohnort:

--	--	--	--
3. Straße, Nr.:
4. Schule zuletzt: Schulstufe: Schulbesuchsjahr:
5. Staatsbürgerschaft:
6. Muttersprache/Religion: /
7. Anzahl der Geschwister: davon derzeit in der VS Marienberg:
8. Wünsche Klassenkameraden/Innen:

Erziehungsberechtigte:

9.

Mutter	Vater	Heim- leiterIn	Groß- mutter	Groß- vater	Jugend- amt	Sonst.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vorname(n):

Mutter:	Vater:
---------	--------
11. Beruf:

Mutter:	Vater:
---------	--------
12. Telefonnummer:
13. Mailadresse:
- Diese Daten sind nur auszufüllen, wenn die Daten von denen des Kindes abweichen.
14. Familienname:
15. Straße, Nr.:
16. PLZ, Wohnort:

--	--	--	--

Elternfragebogen

Liebe Eltern!

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt und werden streng vertraulich behandelt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Familienname des/der SchülerIn: Vorname:
Geb.-Datum: Anschrift:
Name und Anschrift der Eltern (Erziehungsberechtigten):
.....
Berufstätigkeit der Eltern:
Vater: ja nein Mutter: ja nein
.....,,,,

Sind die Eltern zuckerkrank? Vater: ja nein Mutter: ja nein

Welche Infektionskrankheiten hat der/die SchülerIn durchgemacht?

Masern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mumps	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Scharlach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Röteln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Feuchtblattern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelbsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bestanden oder bestehen andere Krankheiten, wie häufige Halsentzündungen, Gelenkentzündungen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen an Herz-Kreislauf, Magen, Darm, Lunge, Niere, Harnwegen, Haut, Nervensystem. Bitte Zutreffendes unterstreichen.

Nähere Angaben:
.....

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:
.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme, wenn ja, welche?
.....

Wurde der/die SchülerIn gegen Tuberkulose (BCG-) geimpft? ja nein

Besteht im besonderen:

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Häufiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergie (Ekzem, Heuschnupfen, Arzneimittel)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Chronische Mittelohrentzündung (Trommelfellverletzung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sehfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auffälligkeiten (Schlaflosigkeit, Bettnässen, häufiges Erbrechen usw.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Sonstiges:

Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten:.....

Motivationsschreiben

Damit wir Sie etwas besser kennen lernen können, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Wie würden Sie ihr Kind beschreiben?

Welche Vorteile hat das Konzept der Mittelschule Marienberg für Sie?

Was erwarten Sie von der Mittelschule und von den PädagogInnen?

Haben Sie einen persönlichen Bezug zur Reformpädagogik?
