

LUSD
Schulärztl. Untersuchung

Schulanmeldung 20__ (bei Umzug)

Albert-von-Reinach-Schule, Grüner Weg 9, 65779 Kelkheim-Fischbach
Tel. (06195) 99039-0, Fax (06195) 99039-66,
E-Mail: poststelle@albert-von-reinach.kelkheim.schulverwaltung.hessen.de
Homepage: www.albert-von-reinach.de

Zu den folgenden Angaben sind die Eltern nach § 83 Abs. 1 und 3 des Hessischen Schulgesetzes verpflichtet:

Schülerin/Schüler:

Name _____ Vorname (bitte alle eingetragenen Namen angeben –Rufname unterstreichen) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____
(falls im Ausland geboren, Zuzug am: __ . __ . 20__)

Geschlecht: m w d x

Anschrift: _____
PLZ _____ Wohnort _____ Telefon _____

Straße und Hausnummer _____

Staatsangehörigkeit: deutsch sonstige: _____

Familiensprache 1: _____ **Familiensprache 2:** _____

Religionszugehörigkeit: ev. rk keine sonstige _____

1: Altkatholische Kirche 2: Syrisch-Orthodoxe Kirche 3: Andere Orthodoxe Kirchen 4: Mennonitisch 5: Siebenten-Tags-Adventisten
6: Unitarische freie Religionsgemeinde 7: Jüdische Gemeinde 8: Ahmadiyya Muslim Jamaat 9: DITIB Hessen (sunnitisch)
10: Alevitische Gemeinde Deutschland 11: Freireligiös

Teilnahme am Religionsunterricht: ev. / rk Ethik

Eltern:

Name des Vaters _____ Vorname des Vaters _____

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers) _____

Mobiltelefon _____ Email-Adresse _____

Name der Mutter _____ Vorname der Mutter _____

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers) _____

Mobiltelefon _____ Email-Adresse _____

Erziehungsberechtigung: beide Elternteile _____

bitte wenden

Vorher besuchte Schule (Name, Adresse und Tel.):

Klasse: _____

Erste Einschulung des Kindes am _____ in _____

Tag der Aufnahme in der Albert-von-Reinach-Schule: _____

Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkräfte, die Schulsekretärin und der Hausmeister unserem Kind Pflaster aufkleben dürfen. ja nein

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind auf Klassenfotos (d.h. in Gruppen) erkenntlich abgebildet auf der Homepage zu sehen ist (keine Nennung des kompletten Namens.)

ja nein

Das Merkblatt zu den Verwaltungsvorschriften haben wir zur Kenntnis genommen.

Freiwillige Angaben

(gemäß § 7 Abs. 2 des Hessischen Datenschutzgesetzes)

Informationen, die die Schule beachten sollte (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, körperliche Behinderungen):

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)