

## Informationen zur Einschulung

### Schüler/in:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Beruf Vater: \_\_\_\_\_  
(Angabe freiwillig)

Beruf Mutter: \_\_\_\_\_  
(Angabe freiwillig)

### OGS:

Benötigen Sie einen Platz in der OGS?     Ja                       Nein

### Impfungen:

Mein Kind ist gegen folgende Krankheiten geimpft:

- Masern       Mumps               Röteln       Windpocken       Keuchhusten  
 Diphtherie     Kinderlähmung     Tetanus       Hib                       Hepatitis B

### Klasse:

Mit wem würde Ihr Kind gerne in eine Klasse gehen? \_\_\_\_\_  
(Bitte nur einen Namen angeben.)

### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, das der Name meines Kindes, sowie die Adresse und die Telefonnummer auf der Klassenliste erscheinen.

Ja               Nein

### Besonderheiten, die bei Ihrem Kind zu beachten sind (z. B. Allergien, Epilepsien...):

---

---

### Therapien:

Nimmt Ihr Kind an Therapien (z. B. Sprach-, Ergotherapie o. ä.) teil?     Ja               Nein  
Hat Ihr Kind an Therapien teilgenommen?                       Ja               Nein

### Wenn Ja:

Welche Therapie? \_\_\_\_\_

Seit wann? Bis wann? \_\_\_\_\_

Wer hat die Therapie initiiert? \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie – falls vorhanden – Unterlagen zur Einschulungsdiagnostik darüber mit.**