

**Angaben Kind:**

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

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit  
(Konfession):  evangelisch  sonstige  
 katholisch  keine  
 islamisch

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

ab wann in Deutschland: \_\_\_\_\_

Schüler(in) wohnt bei:  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Ortsteil: \_\_\_\_\_

Einschulung (Jahr): \_\_\_\_\_

Name der Grundschule: \_\_\_\_\_

bisherige Wiederholungsklassen: \_\_\_\_\_

 Mein Kind nimmt am Religionsunterricht teil.

ODER

 Mein Kind nimmt auf Antrag am Unterricht Werte und Normen teil.  
(Der Unterricht Werte und Normen kann aus organisatorischen Gründen am Nachmittag stattfinden.)Protokoll zur Beratung anlässlich des Übergangs von Klasse 4 nach 5: Ja  Nein **Noten:**Deutsch  Mathe  Sachunterricht  Arbeitsverhalten  Sozialverhalten Bestand für Ihr Kind ein Nachteilsausgleich? ja  nein Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: ja  nein 

Wenn ja, welcher Bereich: \_\_\_\_\_

 Mein Kind hat eine Schulbegleitung

Name der Schulbegleitung: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass bei Ausfall der Schulbegleitung mein Kind nicht am Unterricht teilnimmt, bis vom Träger der Schulbegleitung eine Vertretung bereitgestellt wird (max. bis zu drei Tage).

Geschwisterkinder an der  
Oberschule Westercelle  
(Namen, Klasse): \_\_\_\_\_Wünsche für die Klassenbildung  
(unverbindlich):  
Bitte höchstens 1 Namen nennen \_\_\_\_\_

**Angaben Mutter:**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

sorgeberechtigt: ja  nein

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

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

e-mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Angaben Vater :**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

sorgeberechtigt: ja  nein

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

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

e-mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Angaben Vormund:**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

e-mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Schwimmfähigkeiten des Kindes:**

Nichtschwimmer (auch Seepferdchen)

Schwimmer

Leistungsabzeichen: \_\_\_\_\_ (Bitte Kopie Schwimmpass vorlegen)

Interesse an der Teilnahme am freiwilligen Ganztags-Angebot (Mittwoch): ja  nein

Teilnahme am schulischen kostenpflichtigen Mittagessen: ja  nein

**Besondere Hinweise (z. B. Krankheiten, Allergien)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schriftliche Vereinbarung zur regelmäßigen Medikamenteneinnahme: ja  nein

Nachweis gemäß § 20 Abs. 9 IfSG (Masernschutz) wird vorgelegt!

Celle, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Sorgeberechtigten