



# GRUNDSCHULE AUFHAUSEN-PFAKOFEN

93089 Aufhausen  
Schulstraße 7  
Tel: 09454-94113  
Fax: 09454-94114  
Email: sekretariat@gs-aufhausen-pfakofen.de  
93101 Pfakofen  
Tel: 09451-1278

## Datenblatt zur Schulanmeldung Rechtsgrundlage zur Datenerhebung und –verarbeitung: Art. 85 BayEUG

...bitte deutlich schreiben ...vielen Dank !

**Familienname:** \_\_\_\_\_

**Rufname, weitere Namen:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** \_\_\_\_\_  
Datum

**in:** \_\_\_\_\_  
Geburtsort Land

Bei nicht deutschem Geburtsort - seit wann in Deutschland (Zuzug): \_\_\_\_\_  
Datum

**Bekenntnis/Religion:** \_\_\_\_\_ (bei christl. Konfession: Taufe:  ja  nein)

**Gewünschter Religionsunterricht:** Evangelisch  Katholisch  Ethik  Islam

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

Vorwiegend gesprochene Sprache, wenn nicht deutsch: \_\_\_\_\_

### Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort - Ortsteil

\_\_\_\_\_  
E-Mail (zum Versand von Elternbriefen, Pooltestungen oder sonst. Mitteilungen)

**Erziehungsberechtigte:** \_\_\_\_\_  
Name der Mutter Name des Vaters

\_\_\_\_\_  
Festnetz / Handy – Mutter

\_\_\_\_\_  
Festnetz / Handy - Vater

\_\_\_\_\_  
ggf. abweichende Anschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. abweichende Anschrift

\_\_\_\_\_  
ggf. besondere Regelungen des Sorgerechts

**Geschwister:** \_\_\_\_\_  
Zahl der Geschwister Geburtsjahre der Geschwister

**Kindergarten:**  ja \_\_\_\_\_  nein  
Jahre/Monate Name des Kindergartens

bitte wenden.....

**Betreuungsbedarf ab 7.15 Uhr:**  ja  nein

(Nachmittagsbetreuung: Bitte Kontakt mit der Gemeinde aufnehmen)

**Spätere Einschulung** erst im nächsten Schuljahr 2024/25  ja  nein  
(siehe auch Informationsblatt in der Anlage)

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung 09454 – 94 113

Um auf die Besonderheiten Ihres Kindes Rücksicht nehmen zu können, ist es für uns wichtig, diese zu kennen.

Die folgenden Angaben sind freiwillig, können jedoch für unsere Arbeit wertvoll sein.

Gibt es Besonderheiten (geistig, körperlich, charakterlich), die die Schule im Hinblick auf eine gelingende Schullaufbahn wissen muss? Gibt es ärztliche Gutachten?

---

---

Gab es Verzögerungen in der Entwicklung, z. B. beim Krabbeln, Laufen, Sprechen, Malen...?

---

Gab / Gibt es schwere Krankheiten / Allergien? Andere gesundheitliche Besonderheiten? Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

---

Trägt Ihr Kind eine Brille?  ja  
Hört Ihr Kind gut?  ja  nein Trägt es ein Hörgerät?  ja  nein

Sonstige Hinweise:

---

Hat Ihr Kind den Vorkurs besucht?  ja  nein

Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigte/n