



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 2027/28 ☐ ja ☐ nein
(siehe Einschulungskorridor bzw. Antrag auf Zurückstellung)

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