



## Aufnahme in die Klasse 5 zum Schuljahresbeginn 2021/22

Schüler/-in				
Familiennamen				
Vorname(n)		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Straße, Nr.				
PLZ, Wohnort		Geburtsort:		
Geburtstag:		Geburtskreis:		
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere/ welche:		Jahr des Zuzugs:
Konfession		<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> gr./orth. <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> konfessionslos		
<b>Bitte Teilnahme wählen!</b>		<input type="checkbox"/> ev. Religionsunterricht		<input type="checkbox"/> kath. Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Praktische Philosophie
		<b>1. Erziehungsberechtigte/r</b>		<b>2. Erziehungsberechtigte/r</b>
Familiennamen				
Vorname		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/> m.		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/> m.
Anschrift				
Telefon				
Handy				
Notfalltelefon:				
Telefon, dienstl.				
Email				
Geburtsland :		1. Erziehungsberechtigte/r ↓	2. Erziehungsberechtigte/r ↓	Gesprochene Sprache in der Familie: ↓
Sorgeberechtigt:		<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> 1. Erziehungsberechtigte/r	<input type="checkbox"/> 2. Erziehungsberechtigte/r
Bisher besuchte Grundschule				
Name der Schule		Ort		von: bis:
Mit welchen Kindern soll Ihr Kind in eine Klasse kommen?				
Mit welchen Kindern soll Ihr Kind <b>nicht</b> in eine Klasse kommen?				
<b>Die 2-fache Masernimpfung wurde nachgewiesen:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Gesundheitliche Einschränkungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:				

- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass über die Aufnahme meines Kindes an dieser Schule aus organisatorischen Gründen zu einem späteren Zeitpunkt entschieden wird.
- Mir ist ferner bekannt, dass die Stadt Wesel nur dann Schülerfahrkosten übernimmt, wenn die nächstgelegene Schule im Sinne des § 9 Schülerfahrkostenverordnung ((SchfKVO) besucht wird und die übrigen in dieser VO genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.
- Ich bestätige, dass ich die **Behrung für Sorgeberechtigte gemäß § 34 Absatz 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sowie die Verordnung über die zur Verarbeitung zugelassenen Daten von Schülerinnen, Schülern und Eltern (VO-DV I)** zur Kenntnis genommen habe.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_