KONRAD-DUDEN-GYMNASIUM
SEIT 1342 IN WESEL
BILINGUALER UND NATURWISSENSCHAFTLICHER ZWEIG

Barthel-Bruyn-Weg 54
46483 Wesel
sekretariat@kdg.wesel.de
Tel.: 0281 - 16 40 05 10
Fax: 0281 - 16 40 05 20

Aufnahme in die Klasse 5 zum Schuljahresbeginn 2026/27

Schüler/-in			
Familienname			
Vorname(n)		Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers	
Straße, Nr.			
PLZ, Wohnort		Geburtsort:	
Geburtstag:		Geburtskreis:	
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ andere/ welche:		Jahr des Zuzugs:
Konfession	☐ ev ☐ rk ☐ isl. ☐ gr./orth. ☐ andere:		☐ konfessionslos
Bitte Teilnahme wählen!	☐ ev. Religionsunterricht	☐ kath. Religionsunterricht	☐ Praktische Philosophie

	1. Erziehungsberechtigte/r	**2. Erziehungsberechtigte/r**
Familienname		
Vorname	Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d	Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d
Anschrift		
Telefon		
Handy		
Notfalltelefon:		
Telefon, dienstl.		
Email		

Geburtsland :	1. Erziehungs-berechtigte/r ↓	2. Erziehungs-berechtige/r ↓	Gesprochene Sprache in der Familie: ↓

Sorgeberechtigt:	☐ Eltern	☐ 1. Erziehungsberechtige/r	☐ 2. Erziehungsberechtige/

Bisher besuchte Grundschule

Name der Schule	**Ort**	**von:**	**bis:**

Mit welchem Kind soll Ihr Kind in eine Klasse kommen?	**1. <u>vorrangig</u>**	**2. <u>nachrangig</u>**
Mit welchem Kind soll Ihr Kind ***<u>nicht</u>*** eine Klasse kommen?	**1.**	**2.**

Mein Kind ist: ☐ *ist Nichtschwimmer* ☐ *ist Schwimmer (mind. Bronze)*	***<u>Wichtig:</u>*** *Ihr Kind sollte zum Eintritt in die Klasse 6 sicher schwimmen können (Abzeichen in Bronze)!*

Die 2-fache Masernimpfung wurde nachgewiesen: ☐ ja ☐ nein

Gesundheitliche Einschränkungen ☐ nein ☐ ja und zwar:

Liegt eine LRS-Diagnose vor? ☐ nein ☐ ja (Nachweis erford.)

☐ *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 **Belehrung 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