

# OBS Elsfleth Anmeldung



Zugang am:	Bisherige Schule:	In Klassenstufe:
------------	-------------------	------------------

Name:	Vorname:	Rufname:
-------	----------	----------

Straße:	PLZ, Wohnort, Ortsteil:
---------	-------------------------

Geboren, am:	Geburtsort:	Geburtsland:	Staatsangehörigkeit:
--------------	-------------	--------------	----------------------

Telefon:
----------

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Religion:	Herkunftssprache:
---	-----------	-------------------

Angaben, die die Schule wissen sollte (Allergien, Krankheiten)
--

Datum der Masernschutzimpfung (verpflichtend! Bitte Kopie des Impfausweises beilegen.)
--

Name der Mutter:	Name des Vaters:
------------------	------------------

Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------------	-------------------------------

**(Sollten nicht beide Elternteile sorgeberechtigt sein, benötigen wir eine gerichtliche Entscheidung bzw. einen Nachweis.)**

Anschrift (falls abweichend von obigen Angaben)	Anschrift (falls abweichend von obigen Angaben)
---	---

Handy:	Handy:
Notfallnummer:	Notfallnummer:

Wohnt bei:	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Festgestellter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf (Gutachten bitte vorlegen)
--

Seit wann erfolgt der Schulbesuch in Deutschland? (Notwendig bei Sprachfördermaßnahmen DAZ.)
--

**Ich versichere die Richtigkeit, der obigen Angaben und melde mein Kind an der OBS Elsfleth an.**

**Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle für die Schule relevanten Änderungen von persönlichen Daten (Telefonnummer, Adresse) umgehend mitzuteilen.**

Name:	Vorname:
-------	----------

**Weitere Angaben:**

Bitte geben Sie bis zu zwei Kinder an, mit denen ihr Kind in einer Klasse lernen möchte.  
Beachten Sie bitte, dass aus organisatorischen Gründen, diese Wünsche nicht immer berücksichtigt werden können. (Nur beim Wechsel von der GS zur OBS notwendig.)

1.	2.
----	----

Teilnahme am Religionsunterricht in:	
<input type="checkbox"/> Christlicher Religionsunterricht	<input type="checkbox"/> Werte und Normen

**Von der Schule auszufüllen.**

Teilnahme an Kursen ab Klasse 6:		
<input type="checkbox"/> Französisch	Mathe	Englisch
	<input type="checkbox"/> G-Kurs <input type="checkbox"/> E-kurs	<input type="checkbox"/> G-Kurs <input type="checkbox"/> E-kurs

	Abgegeben.	Wird nachgereicht.
Impfpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeugniskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fördergutachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>