

**Schulverbund der  
Städt. Kath. Grundschulen  
Grüngürtel und Arnoldsweiler**  
Offene Ganztagschule    Schule des gemeinsamen Lernens  
**Standort Arnoldsweiler**  
Auf dem Horstert 96    52353 Düren  
☎ 02421/37144    ☎ 02421/38241  
Mail: [verwaltung-arnoldsweiler@kgs-gruenguertel-arnoldsweiler.de](mailto:verwaltung-arnoldsweiler@kgs-gruenguertel-arnoldsweiler.de)

## Anmeldung zum Schuljahr 2023/2024

**Schüler\*in:** männlich:     weiblich:   
Name: \_\_\_\_\_ Vorname/n: \_\_\_\_\_  
geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Rufname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Name der abgebenden Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### **Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte:**

*Liegt ein gemeinsames Sorgerecht vor, so müssen beide Erziehungsberechtigte angegeben werden und unterschreiben.*

	Mutter/andere	Vater/andere
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
E-Mail:	_____	_____
Festnetz:	_____	_____
Mobil:	_____	_____
Arbeit:	_____	_____
Weitere:	Name: _____	Rufnummer: _____
	Name: _____	Rufnummer: _____

**Jede Änderung im Bereich Sorgerechts ist der Schule zeitnah mitzuteilen!**

weiter auf Seite 2

**Sorgerecht:**

Gemeinsam  Mutter  Vater

Bei getrennt lebend:

Adresse des zweiten Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

**Bisher besuchter Kindergarten:** \_\_\_\_\_ **seit:** \_\_\_\_\_

**Anbindung an:**

Frühförderstelle  Praxis für Kinderpsychiatrie  
 SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)  KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie)

**Diagnosen:**

körperliche Behinderung:  ja: \_\_\_\_\_  nein

geistige Behinderung:  ja: \_\_\_\_\_   
nein

allgemeine Entwicklungsstörung:  ja  nein

Sprachentwicklungsstörung:  ja  nein

Autismus-Spektrum-Störung:  ja  nein

ADHS/ADS:  ja  nein

Hörgeräte:  ja  nein

Brille:  ja  nein

**Therapien:**

Physiotherapie  Logopädie  Ergotherapie

Praxis \_\_\_\_\_

**Allergien:**

ja, \_\_\_\_\_  nein

**Masernschutzimpfung (MMR):**

Ja  1. Impfung am: \_\_\_\_\_ 2. Impfung am: \_\_\_\_\_

Nachweis bitte beifügen (Kopie Impfausweis)

Nein

**Windpockenschutzimpfung (Varizellen):**

Ja  1. Impfung am: \_\_\_\_\_ 2. Impfung am: \_\_\_\_\_  
Nachweis bitte beifügen (Kopie Impfausweis)  
Nein

weiter auf Seite 3

**Migrationshintergrund:**

Geburtsland der Mutter: \_\_\_\_\_ in Deutschland seit: \_\_\_\_\_  
Geburtsland des Vaters: \_\_\_\_\_ in Deutschland seit: \_\_\_\_\_  
Umgangssprache in der Familie: \_\_\_\_\_  
Das Kind ist in Deutschland seit: \_\_\_\_\_  
Kenntnis der deutschen Sprache: ja  geringe Kenntnisse  nein

**Teilnahme HSU:** ja  nein

**Teilnahme kath. Religion:** ja  nein

**Betreuungsbedarf:**

Offene Ganztagschule bis 16 Uhr: ja  nein

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Haus-/ Kinderarzt:** \_\_\_\_\_

**Ich bin mit dem Austausch zwischen der Schule und dem Kindergarten oder dem Gesundheitsamt einverstanden:** ja  nein

**Mit der Anfertigung eines Fotos für die Schülerakte bin ich einverstanden:**

ja  nein

Die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes wird durch die DSGVO und die VODVI geregelt.

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

---

Unterschrift der/des anmeldenden Sorgeberechtigten

---

Unterschrift der/des zweiten Sorgeberechtigten