



# Albert-Schweitzer-Schule

Gemeinschaftsgrundschule  
Eichenstraße 76 • 45711 Datteln

## Schulanmeldung 2025/2026

### Personalbogen

#### Angaben zum Kind: (Bitte leserlich schreiben !)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Staatsangeh.: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil): \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_

#### Erziehungsberechtigte/Erklärungen zum Sorgerecht:

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Anmerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstige Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_  
Stellung in der Geschwisterkette:                      1            2            3            4            5            6  
Geschwisterkind an der Albert-Schweitzer Schule:     Ja:                                       Nein:

#### Vorschulentwicklung:

Kindergarten/Gruppe: \_\_\_\_\_  
Kindergartenbesuch seit: \_\_\_\_\_  
 Integrationsplatz im Kindergarten  
 Ich bin/Wir sind darauf hingewiesen worden, dass die Möglichkeit besteht, einen Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch gemäß §35 Abs. 3 SchulG NRW für mein/unser Kind zu stellen.



# Albert-Schweitzer-Schule

Gemeinschaftsgrundschule  
Eichenstraße 76 • 45711 Datteln

## Migrationshintergrund:

Migrationshintergrund vorhanden

des Kindes

der Mutter

des Vaters

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Zuzugsjahr: \_\_\_\_\_

Verkehrssprache der Eltern: \_\_\_\_\_

Seiteneinsteiger\*:  ja  nein \*(länger als 2 Jahre in Deutschland/Deutsch als Zweitsprache)

## Laufende Therapien:

- Logopädie seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_: seit wann? \_\_\_\_\_ Praxis: \_\_\_\_\_
- Erziehungsberatungsstelle: seit wann? \_\_\_\_\_
- Kinderklinik:  Abteilung: Phoniatrie/Pädaudiologie  
 Abteilung: Sozialpädiatrie  
 Abteilung: \_\_\_\_\_

Körperliche Beeinträchtigungen: Praxis: \_\_\_\_\_

Medikamente/Allergien: Praxis: \_\_\_\_\_

## Es besteht kein Impfschutz gegen:

- Masern
- Mumps
- Windpocken
- Röteln
- \_\_\_\_\_

## Betreuung/ OGS

Voraussichtliche Buchung der Betreuung/OGS :

(keine verbindliche Anmeldung!)

bis 14 Uhr

bis 16.00 Uhr

- Ich bin/Wir sind darauf hingewiesen worden, dass unmittelbar vor bzw. nach den Ferien und vor bzw. nach einem Feiertag im Krankheitsfall meines/unseres Kindes eine Attestpflicht besteht.

## Wünsche für eine/n Klassenkameradin/Klassenkameraden:

\_\_\_\_\_

Ort + Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten