



Aufnahmebogen GS Im Kleefeld mit Teilstandort Hörste

Name des Kindes: _____ Geb.-Datum: _____

Konfession: _____

Sorgerecht: beide Elternteile nur Mutter nur Vater

Sprachgebrauch:

Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung des Kindes:

Wie schätzen die Eltern die deutsch-sprachlichen Fähigkeiten ihres Kindes ein?

Sehr gut gut mittelmäßig sehr mäßig keine

Gesundheitliche Beeinträchtigungen:

Keine Brillenträger/in regelmäßige Medikamente
 Asthmatiker/in Allergiker/in Sonstige: _____

Bereits erfolgte Fördermaßnahmen (Therapien etc.):

Teilnahme am Religionsunterricht:

Kinder mit katholischer oder evangelischer Religionszugehörigkeit nehmen automatisch am jeweiligen Religionsunterricht (RU) teil. Für Kinder anderer/ ohne Konfessionen bestehen folgende Möglichkeiten:

Teilnahme am

kath. RU ev. RU
 Verbleib in der Klasse/ Gruppe mit anderen Aufgaben
 Verbleib in einer anderen Lerngruppe

Weitergabe der Daten an die Vertreter der Kirchengemeinden (z.B. Liste der Schüler für den Kommunionunterricht):

Ich stimme zu
 Ich stimme nicht zu

Betreuungsbedarf:

Platz wird benötigt (unverbindlich):

Offenen Ganztagschule Ja nein ja nein
Vormittagsbetreuung (bis 13:20 Uhr) Ja nein

Wunschklassenkameraden:

Ich bin damit einverstanden, dass während der Grundschulzeit bei schulischen Veranstaltungen aufgenommene Fotos meines Kindes **in der Schule, auf unserer Homepage oder in örtlichen Tageszeitungen** veröffentlicht werden dürfen. (Widerruf Ihres Einverständnisses kann nur schriftlich erfolgen!)

ja nein

_____, den _____ **Unterschrift** _____



Bitte wenden



Elternbefragung (freiwillige Angaben)

Name des Kindes: _____

Verlief die bisherige Entwicklung normal?	Normal <input type="checkbox"/> folgende Probleme: _____
Wie sieht die familiäre Situation aus? Berufstätigkeit der Mutter, allein erziehender Elternteil, Kontakt zum anderen Elternteil? Geschwister?	Mutter berufstätig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beide Eltern sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Allein erziehend: <input type="checkbox"/> Kontakt zum anderen Elternteil: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geschwister: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Spielt Ihr Kind überwiegend...?	<input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele <input type="checkbox"/> Lego, Playmobil <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Puzzle <input type="checkbox"/> draußen <input type="checkbox"/> Vereinssport <input type="checkbox"/> malen/ basteln <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Freut Ihr Kind sich auf die Schule?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möchte lieber im KiGa bleiben <input type="checkbox"/> ist ihm egal
Kennt es den Schulweg?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> kann ihn schon alleine bewältigen
Ist Ihr Kind ängstlich oder eher draufgängerisch? Wie geht es auf andere Kinder zu? Wie auf Erwachsene?	<u>Kontakt zu anderen Kindern:</u> <input type="checkbox"/> zunächst schüchtern <input type="checkbox"/> sofort offen <u>Kontakt zu Erwachsenen:</u> <input type="checkbox"/> zunächst schüchtern <input type="checkbox"/> sofort offen
Kann es sich an Regeln halten? Im Kindergarten, zu Hause, beim Spiel?	<input type="checkbox"/> nur schwer <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> immer
Wie verhält es sich bei Streit?	<input type="checkbox"/> es ist rechthaberisch <input type="checkbox"/> es ist jähzornig <input type="checkbox"/> es gibt eher nach <input type="checkbox"/> es weint <input type="checkbox"/> es regelt den Streit
Kann es sich schon alleine anziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie lange kann es konzentriert spielen oder CD hören?	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> länger
Wie verhält es sich bei Misserfolg?	<input type="checkbox"/> es ist eher verstört, weint <input type="checkbox"/> es ist eher wütend <input type="checkbox"/> es kann damit umgehen
Kann Ihr Kind schon...?	<input type="checkbox"/> einzelne Buchstaben benennen <input type="checkbox"/> Wörter <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> Texte lesen
Gab es Schwierigkeiten beim Übergang in den Kindergarten? Trennungsängste?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? _____
Gibt es noch etwas Wichtiges mitzuteilen?	