

Persönliche Daten des Kindes:

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

w m d

Angaben zur Gesundheit:

Ärztliche Auflagen: nein ja/ welche:

Medikamenteneinnahme: nein ja/ welche:

Allergien: nein ja/ welche:

Anfallsleiden: nein ja/ Form:

Asthma: nein ja

Diabetes: nein ja

Sehschwierigkeiten: nein ja/ Brille ja nein

Hörschwierigkeiten: nein ja/ welche:

Sonstiges:

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

	Erziehungsberechtigte/r A <input type="checkbox"/> Hauptansprechpartner/in <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Erziehungsberechtigte/r B <input type="checkbox"/> Hauptansprechpartner/in <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Sonstige Ansprechpartner/in <input type="checkbox"/> Hauptansprechpartner/in <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. beruflich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel. mobil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email B	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zusätzliche Informationen:

Empfehlung GS: Gymnasium Stadteilschule

LRS: nein ja

Dyskalkulie: nein ja

Hochbegabung: nein ja

Intelligenztest durchgeführt: nein ja

ADS/ADHS: nein ja/ Therapie:

Berichte/ Diagnosen: nein ja/

Bisherige Therapien:

Es besteht sonderpädagogischer Förderbedarf nach §12:

nein ja:

es wird Schulweghilfe benötigt

es wird Schulbegleitung benötigt

Forder-/ Fördermaßnahmen:

Schmetterlinge/ Drehtürmodell

Matheolympiade/ Känguru-Wettbewerb

Sprachförderung

Mathematikförderung

Lernförderung/ Fächer:

AUL/ von bis

AUL/Verlängerungsantrag gestellt nicht gestellt

sonstige:

Nachteilsausgleich:

besteht besteht nicht

ReBBZ eingeschaltet:

nein ja/

Ansprechpartner:

Unterstützung durch ASD:

nein ja/

Ansprechpartner:

Angaben zu Herkunft/ Sprachen

Schülerin/ Schüler:

Geburtsort: Geburtsland:

1. Staatsangehörigkeit: 2. Staatsangehörigkeit:

In der Familie überwiegend gesprochene Sprache:

Zusätzlich gesprochene Sprache/n:

Erziehungsberechtigte/r A:

Geburtsland:

1. Staatsangehörigkeit: 2. Staatsangehörigkeit:

Erziehungsberechtigte/r B:

Geburtsland:

1. Staatsangehörigkeit: 2. Staatsangehörigkeit:

Geschwisterkind an der GSE:

Interesse an Elternmitarbeit in der Schule:

Unterstützung bei Ausflügen

Kursangebot im Ganzttag

besondere Fähigkeiten/ Fachkenntnisse/ z.B. Beruf:

Unterstützung bei der Berufsorientierung, z.B. Vorstellen eines Berufes

Sonstiges: