



**Datenblatt zur Schulanmeldung 2021**  
**Rechtsgrundlage zur Datenerhebung und -verarbeitung: Art. 85 BayEUG**

**Familienname:** \_\_\_\_\_

**Rufname, weitere Namen:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:** \_\_\_\_\_  
Datum

**in:** \_\_\_\_\_  
Geburtsort Landkreis Land

Bei nicht deutschem Geburtsort - seit wann in Deutschland (Zuzug): \_\_\_\_\_  
Datum

**Bekenntnis/Religion:** \_\_\_\_\_ (bei christl. Konfession: Taufe?)

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

zu Hause wird vorwiegend deutsch / türk./ ital. / polnisch/ \_\_\_\_\_ gesprochen  
(Zutreffendes bitte unterstreichen ggf. ergänzen))

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_ PLZ Wohnort – Ortsteil

\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_ Telefonnummer (Festnetz)

\_\_\_\_\_ E-Mail (zum Versand von Elternbriefen oder sonst. Mitteilungen)

**Erziehungsberechtigte:**

\_\_\_\_\_ Name der Mutter

\_\_\_\_\_ Name des Vaters

\_\_\_\_\_ Handy Nr.

\_\_\_\_\_ Handy Nr.

\_\_\_\_\_ ggf. abweichende Anschrift

\_\_\_\_\_ ggf. abweichende Anschrift

\_\_\_\_\_ ggf. besondere Regelungen des Sorgerechts

**Geschwister:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Zahl der Geschwister Geburtsjahre der Geschwister

**Kindergarten:**

ja \_\_\_\_\_  
Jahre/Monate Name des Kindergartens

nein

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter/er

**Bitte beachten Sie die freiwilligen Angaben und Hinweise auf der Rückseite!**

**Um auf die Besonderheiten Ihres Kindes Rücksicht nehmen zu können, ist es für uns wichtig, diese zu kennen.**

**Die folgenden Angaben sind freiwillig, können jedoch für unsere Arbeit wertvoll sein.**

Gibt es Besonderheiten (geistig, körperlich, charakterlich), die die Schule im Hinblick auf eine gelingende Schullaufbahn wissen muss? Gibt es ärztliche Gutachten?

---

---

Gab es Verzögerungen in der Entwicklung, z. B. beim Krabbeln, Laufen, Sprechen, Malen...?

---

Gab / Gibt es schwere Krankheiten / Allergien? Andere gesundheitliche Besonderheiten? Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

---

Trägt Ihr Kind eine Brille?       ja

Hört Ihr Kind gut?               ja     nein

Trägt es ein Hörgerät?         ja     nein

Sonstige Hinweise:

---

Hat Ihr Kind den Vorkurs besucht?     ja     nein

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/er

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***