

AUFNAHMEANTRAG DER MICHAELI SCHULE KÖLN

FÜR KINDER, DIE NOCH NICHT EINGESCHULT WURDEN

Loreleyst. 3 – 5
50677 Köln

Bitte fügen Sie ein aktuelles Foto Ihres Kindes bei!

Tel. (02 21) 2 82 55-01
Fax (02 21) 2 82 55-02
www.michaeli-schule-koeln.de
info@michaeli-schule-koeln.de

Aufnahmeantrag für Klasse 1 zur Einschulung im Schuljahr _____	Sonderförderbedarf ja nein
---	--

Vorname und Familienname des Kindes	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Konfession

Bisheriger Besuch von Kindergarten / Vorschule
Beginn der Schulpflicht:
Zurückgestellt:
Falls ja, durch wen?

Vorname / Familienname des Vaters		Vorname / Familienname der Mutter	
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
Beruf		Beruf	
Tel.-Nr. privat	dienstl.	Tel.-Nr. privat	dienstl.
E-Mail		E-Mail	
sorgeberechtigt als: <input type="checkbox"/> leiblicher Vater <input type="checkbox"/> Adoptiv-/ Pflegevater <input type="checkbox"/> nicht sorgeberechtigt		sorgeberechtigt als: <input type="checkbox"/> leibliche Mutter <input type="checkbox"/> Adoptiv-/ Pflegemutter <input type="checkbox"/> nicht sorgeberechtigt	

Anschrift des/der Sorgeberechtigten (falls abweichend von der Anschrift des Kindes)	
Straße	PLZ, Ort

Geschwister:		
Name	Geburtsdatum	Schule/Kindergarten
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

Fragen zur medizinischen Vorgeschichte, zur Entwicklung und zum Verhalten

A) Schwangerschaft und Geburt

Dauer und Verlauf der Schwangerschaft und Geburt	
.....	
.....	
.....	
Geburtsgewicht:	kg Länge: cm
Geboren in der Schwangerschaftswoche	

B) Säuglingsalter

Wurde das Kind gestillt?	Dauer:		
Schwierigkeiten in den ersten Wochen?			
Erbrechen <input type="radio"/>	Trinkschwäche <input type="radio"/>	Durchfall <input type="radio"/>	übermäßige Blähungen <input type="radio"/>

C) Medizinische Vorgeschichte

Wurde eine **Rachitisvorbeugung** durchgeführt?

Vitamin D Fluor andere keine

Welche **Impfungen** wurden durchgeführt? (Bitte zur Eingangsuntersuchung Impfpfaß mitbringen.)

Masern Mumps Röteln Tbc

Diphtherie Tetanus Keuchhusten Kinderlähmung

HIB Hepatitis andere

Kinderkrankheiten

Masern Mumps Keuchhusten

Röteln Scharlach Wind-/ Wasserpocken

Sonstige Erkrankungen:

.....

Welche **Fachärzte** und Kliniken wurden in Anspruch genommen?

.....

Weitere Bemerkungen zur Gesundheit (Ekzeme/Neurodermitis, Asthma, Allergien, Anfallsleiden, Operationen, regelmäßige Medikamente):

.....

Unfälle:

Familiäre Erkrankungen: (z. B. Asthma, Diabetes, Anfallsleiden)

.....

Organische Störungen:

Sehen: kurzsichtig weitsichtig schielen anderes

Brille

Hören: schwerhörig Hörgerät

Sprachstörungen:

Körperliche u. motorische Entwicklung:

Geistige Entwicklung:

Sonstige Behinderungen:

.....

Ist abzusehen, dass das Kind einer **sonderpädagogischen Förderung** bedarf?

.....

Wenn ja, wer hat den Förderbedarf festgestellt?

.....

Bei welchem **Kinderarzt** ist Ihr Kind derzeit in Behandlung? (Name, Adresse)

.....

D) Entwicklung

Wann kamen die ersten Zähne?

Wann begann der Zahnwechsel?

Wann konnte das Kind einen Zweiwortsatz sprechen?

Wann war das Kind sauber?

Wann konnte das Kind

robben: krabbeln:

frei sitzen: freihändig laufen:

Therapie (z. B. Krankengymnastik, Mototherapie, etc.)

.....

Unser Kind kann:

Dreirad fahren Roller fahren Rollschuh/Inlineskater laufen

Fahrrad fahren Schwimmen Schleife binden

E) Sonstiges

In welcher / welchen Sprache/n wächst Ihr Kind auf?

.....

Gab es besondere Ereignisse in den ersten sieben Lebensjahren (schwere Erkrankungen oder Tod einer Bezugsperson, Trennung der Eltern, Umzug usw.)

.....

Wer von den Sorgeberechtigten ist berufstätig?

.....

Wie soll Ihr Kind den Schulweg zurücklegen?

.....

Welchen Religionsunterricht wünschen Sie für Ihr Kind? (katholisch, evangelisch, Christengemeinschaft, freien christlichen Unterricht, sonstige)

.....

Haben Sie Ihr Kind noch an einer anderen Waldorfschule angemeldet?

nein ja, an der

Formlose Vorstellung Ihres Kindes

Wie sehen Sie Ihr Kind, bzw. was möchten Sie uns noch über Ihren Sohn oder Ihre Tochter mitteilen? (ggf. auf einem gesonderten Blatt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Fragen haben Sie an uns als Schule? Haben Sie ein Anliegen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Achtung: Eine Aufnahme kann nur erfolgen, wenn die Zustimmung aller
Sorgeberechtigter vorliegt!

Ort, Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten	Unterschrift des Sorgeberechtigten