



# Grundschule Bredenbeck

Schulstraße 14 30974 Wennigsen OT Bredenbeck

E-Mail: Kontakt@GS-Bredenbeck.de

Tel. Nr. 05109/56 98 90

Fax: 05109/56 98 98

<b>Schulanmeldung</b>	<b>zum Schuljahr 2025/2026</b>
<b>Angaben zur Person</b>	<b>(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)</b>

<b>Bitte geben Sie folgende Unterlagen an die Schule:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Ausgefüllte Erklärung zur Sorgeberechtigung
<input checked="" type="checkbox"/>	Angaben zum Lernstand (Fragebogen freiwillig)
<input checked="" type="checkbox"/>	Nachweis Impfschutz gegen Masern
<input checked="" type="checkbox"/>	Geburtsurkunde des Kindes
<input checked="" type="checkbox"/>	Einverständniserklärung (Austausch Schule - Kindergarten)
<input checked="" type="checkbox"/>	Einverständniserklärung Religionsunterricht
<input checked="" type="checkbox"/>	Anmeldung zur Betreuung (Verlässliche Grundschule)

Schüler*in	Nachname:	Vorname		
Geburts-Datum-Ort	geboren am:	wo:		
Geschlecht	weiblich:	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>
Wohnort des Kindes:	Ort:	Straße:		
Name der Eltern	Mutter:	Vater:		
Telefonnummer - Festnetz:				
Handynummer:	Mutter:	Vater:		
Notfallnummer:				
E-Mail Anschrift:	Mutter:	Vater:		
Staatsangehörigkeit:	Mutter:	Vater:	Kind:	
Herkunftsland:	Mutter:	Vater:	Kind:	
ggf. seit wann in Deutschland:				
Sprache des Kindes:	Erstsprache:	Zweitsprache:		
Konfession:	ev-luth. <input type="checkbox"/>	röm-kath. <input type="checkbox"/>	islam. <input type="checkbox"/>	ohne <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>
Teilnahme am Religionsunterricht:	konf. Kooperativ: <input type="checkbox"/>	keine Teilnahme: <input type="checkbox"/>		
Sorgeberechtigung (sep. Formular beachten)	Mutter: <input type="checkbox"/>	Vater: <input type="checkbox"/>	Beide: <input type="checkbox"/>	
verheiratet	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>
Geschwisterkinder:	Anzahl: <input type="checkbox"/>	Stellung in der Geschwisterreihe: 1 <input type="checkbox"/> , 2 <input type="checkbox"/> , 3 <input type="checkbox"/> , 4 <input type="checkbox"/>		
In welchen Kindergarten/Betreuungsstätte geht Ihr Kind:	Name:	seit:		
Mein/unser Kind nimmt die Flexibilisierung in Anspruch sofern es zum entsprechenden Zeitraum geboren ist	<input type="checkbox"/>	ggf. einen formlosen Antrag stellen (bis 30.04.)		
Entscheidung nach Schuleingangsuntersuchung	<input type="checkbox"/>			
Einschulung:	<input type="checkbox"/>	Kind wird zum o.g. Schuljahr eingeschult		

