

AUFNAHMEANTRAG DER MICHAELI SCHULE KÖLN

KLASSE 1-4

Vorgebirgswall 4 - 8
50677 Köln

Bitte fügen Sie ein aktuelles Foto Ihres Kindes bei!

Tel. (02 21) 923591-0

www.michaeli-schule-koeln.de
info@michaeli-schule-koeln.de

→Sofortige Aufnahme ja o d e r	Sonderförderbedarf
→Aufnahme im Schuljahr 20 / für Klasse	ja nein

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

Vorname / Familienname des Vaters		Vorname / Familienname der Mutter	
Adresse (falls abweichend) Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____		Adresse (falls abweichend) Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____	
Staatsangehörigkeit:		Staatsangehörigkeit:	
Beruf		Beruf	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
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	

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

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) Medizinische Vorgeschichte

Wurde eine **Rachitisvorbeugung** durchgeführt?

Vitamin D Fluor andere keine

Welche **Impfungen** wurden durchgeführt? (Wir bitten um eine Kopie des Impfausweises)

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/Arzt** ist Ihr Kind derzeit in Behandlung? (Name, Adresse)

.....

Therapie (auch abgeschlossene):

.....

.....

C) Sonstiges

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

.....

Welche Freizeitaktivitäten hat Ihr Kind?

.....

.....

Gab es besondere Ereignisse in den bisherigen 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?

.....

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
------------	------------------------------------	------------------------------------