

Franziskus-Grundschule

Robert-Koch-Straße 50

44143 Dortmund

0231-5025417/19

www.franziskus-grundschule.de

franziskus-grundschule@stadtdo.de

Selbstständige katholische

Angebotsschule

der Stadt Dortmund

mit Ganztagsbetreuung

Anerkannte UNESCO-Projektschule

unesco-projekt-schulen

1 Anmeldung zum Schuljahr 20____/____**Datum:** _____

1. Vorname / Rufname			Geburtsdatum	
weitere Vornamen			Geburtsort	
Nachname			Nationalität	
Straße			Konfession	
PLZ	44 _____		Geschlecht	
Wohnort	Dortmund		Krankenkasse	
			häusliche Umgangssprache	
Name der Mutter*			Name des Vaters*	
Anschrift der Mutter (wenn abweichend)			Anschrift des Vaters (wenn abweichend)	
Nationalität der Mutter			Nationalität des Vaters	
Telefon 1 / Mobil 1			Telefon 2 / Mobil 2	
* Ich bin alleinerziehend. Es besteht gemeinsames Sorgerecht. ja ☐ Auskunft an das getrenntlebende Elternteil ja ☐ nein ☐				
* Ich bin alleinerziehend. Ich habe das alleinige Sorgerecht. ja ☐ Ein geeigneter aktueller Nachweis liegt vor. ja ☐ nein ☐				
Ich / Wir bekommen Hilfe zum Lebensunterhalt? (ALG-II) ja ☐ nein ☐ Ein geeigneter aktueller Nachweis liegt / Geeignete aktuelle Nachweise liegen vor. ja ☐ nein ☐				
Migrationshintergrund Das Kind wurde nicht in Deutschland geboren; Zuzug: _____ Erstsprache _____ Zweitsprache _____ Geburtsland Mutter _____ Vater _____				

Kindergarten / -tagesstätte			Gruppe			
Beginn Kindergartenbesuch	20 ____		Sprachförderung nach Delfin 4	nein	ja, im Kindergarten	ja, in einer anderen Einrichtung
Die Franziskus-GS ist die nächstgelegene Schule ☐ nicht nächstgelegene Schule ☐ Zweitwunsch: _____						
Betreuungswunsch: Kurzzeitbetreuung 7.30 – 15.00 Uhr ☐ OGS 7.30 – 16.00 Uhr ☐ keine ☐ Geeignete aktuelle Nachweise des Arbeitgebers / der Arbeitgeber liegen vor. ja ☐ nein ☐						
Freunde						
Anmerkungen						

Mein / unser Kind hat folgende Allergien (Wenn bekannt, bitte auch die Allergiestufe nennen):

Mein / unser Kind ist wegen folgender Krankheiten in ständiger ärztlicher Behandlung:

Mein / unser Kind nimmt an folgenden Therapien teil:

Bei meinem / unserem Kind besteht folgende Medikamentenallergie:

Bei meinem / unserem Kind sollten folgende Punkte beachtet werden:

Der Hausarzt meines / unseres Kindes heißt:

Tel.: _____

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Tel.: _____

Tel.: _____

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass

- ☐ leichte Medikamente, wie z.B. Asthma-Spray, von Mitgliedern des Kollegiums verabreicht werden dürfen und
- ☐ Informationen über Allergien / Krankheiten allen Mitgliedern des Kollegiums, den Betreuungsteams, der Sekretärin und den Assistenzkräften bekannt gemacht werden dürfen.

Dortmund, _____
Datum

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten