

Schüleraufnahme an der Ernst-Abbe-Schule, Stuttgart

Schülerin/ Schüler

Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsland:	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Sprache:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>

Sorgeberechtigte/ Erziehungsberechtigte:

Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Staatsangeh.:	<input type="text"/>	Staatsangeh.:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Anschrift:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tel. (tagsüber):	<input type="text"/>	Tel. (tagsüber):	<input type="text"/>
Tel. (alternativ):	<input type="text"/>	Tel. (alternativ):	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Bei getrennt lebenden kreuzen Sie die Adresse des Sorgeberechtigten/
Erziehungsberechtigten an, bei dem sich das Kind aufhält.

Freigabe E-Mail-Adresse für Infos (schulinterne Nutzung/ öffentlich als Blindkopie)

ja

nein

zusätzliche Kontaktpersonen für Notfälle:

Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Tel.:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>

Medizinisch wichtige Kontaktpersonen:

Augenärztin/ Augenarzt

<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------

Augenklinik

<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------

Hausärztin/ Hausarzt

<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
----------------------	-------	----------------------

Zur Person des Schülers/ Schülerin:

Medizinische Diagnose:

Augenarztbericht liegt vor, Datum:

bisher eingesetzte Hilfsmittel

wichtige Zusatzinformationen:

z.B. Krankheiten, Medikamenteneinnahme, Besonderheiten im Sportunterricht, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Schwerbehindertenausweis

nein ja

GdB

Merkzeichen:

Dokumente beilegen, sofern vorhanden

Bonus-Card

nein ja

Nummer:

bitte Kopie von Bonus-Card beilegen

Lese-Rechtschreib-Störung Förderbedarf

nein ja

seit:

Dokumente beilegen, sofern vorhanden

Schulweg

Selbstfahrer/in Taxi

Religionszugehörigkeit

evangelisch jüdisch syrisch-orthodox

röm.-katholisch altkatholisch alevitisch

orthodox muslimisch

Teilnahme am Religionsunterricht

nein ja evangelisch röm.-katholisch Ethik (ab Klasse 8)

Situation vor Aufnahme an der Ernst-Abbe-Schule:

Betreuung durch die Frühförderung

ja seit: Betreuerin/ Betreuer:

nein

Kindergarten

Name:

Anschrift:

von: bis: Beginn der Schulpflicht:

Betreuung durch den Sonderpädagogischen Dienst

ja seit: Betreuerin/ Betreuer:

nein

besuchte Schule

Name:

Anschrift:

von: bis:

Antrag Sonderpädagogisches Bildungsangebot (SBA), Feststellung

nein ja

Schulamt: _____

Dokumente beilegen, sofern vorhanden

Datum: _____

Befristung/ Wiedervorlage, Datum: _____

Aufnahme in die Ernst-Abbe-Schule

Datum: _____

Klasse: _____

Identifikation nachgewiesen durch:

Urkunde

Personalausweis

Unterschrift der Sorgeberechtigten/ Erziehungsberechtigten:

Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Sorgeberechtigten/
Erziehungsberechtigten zu erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Anmerkungen