



## Liebe Eltern,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Schule. Mit diesem Fragebogen wollen wir Ihr Kind und auch Sie etwas besser kennen lernen. Wir bitten Sie, alle Fragen **ausführlich** zu beantworten und den **vollständig** ausgefüllten Fragebogen an die Schule zurückzuleiten. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Ihre Informationen bilden die Grundlage für das Aufnahmeverfahren an unserer Schule.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Mitarbeit!

Schulleitung, Vorstand und Elternbeirat

Schuljahr: ...../.....

Name des Kindes: .....

Geburtsdatum, -ort: .....

Anschrift: .....

Telefon/Handy-Nr./Fax/e-mail: .....  
(sicher tagsüber erreichbar)

Erziehungsberechtigte\*r 1: .....

Erziehungsberechtigte\*r 2: .....

Sorgerecht: (bei getrennt lebenden Eltern)

gemeinsames Sorgerecht

Aufenthaltsbestimmungsrecht:

Erziehungsberechtigte\*r 1     Erziehungsberechtigte\*r 2

Alleiniges Sorgerecht:

Erziehungsberechtigte\*r 1     Erziehungsberechtigte\*r 2

Zahl der Geschwister: ältere: ..... jüngere: .....

Unser Kind besucht seit ..... folgende Einrichtung:

Kindergarten     Schule (Klasse: .....) )

Name und Anschrift der Einrichtung:

.....  
.....

Wir sind damit einverstanden, dass im Bedarfsfall Kontakt mit dem Kindergarten/der abgebenden Schule aufgenommen wird.

ja     nein

Ansprechpartner\*in:.....Tel.Nr. ....



(Foto des Kindes)



# Montessori Grund- und Mittelschule

Schule für alle

Wird/wurde Ihr Kind seinem Alter entsprechend eingeschult?  ja  nein

Wenn nein: Gründe der Zurückstellung: .....

.....

Hat Ihr Kind körperliche, seelische oder sonstige Besonderheiten?  ja  nein

.....

.....

Benötigt Ihr Kind zusätzliche Hilfsmittel?  ja  nein

.....

.....

Waren oder sind Sie mit Ihrem Kind bei der Frühförderung oder einer Erziehungsberatung?  ja  nein

Nahm oder nimmt Ihr Kind an Therapien teil?  ja  nein

Wenn ja: Welche? Seit wann? Bei wem? .....

.....

Wurden Diagnosen oder Gutachten erstellt?  ja  nein

Wenn ja: Bitte legen Sie die entsprechenden Kopien den Anmeldeunterlagen bei.

Wurde Ihr Kind vor der Einschulungswoche/Hospitationswoche oder im Verlauf der letzten Schuljahre bereits vom Beratungslehrer oder Schulpsychologen getestet?  ja  nein

Wurde Ihnen die Einschulung an einem Förderzentrum oder einer anderen sonderpädagogischen Einrichtung angeraten?  ja  nein

Wenn ja: Bitte erläutern: .....

.....

Benötigt Ihr Kind einen Inklusionsplatz mit Schulbegleitung?  ja  nein

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?  ja  nein

Wenn ja: Welche Jahrgangsstufe? (evtl. Gründe) .....

.....



# Montessori Grund- und Mittelschule

Schule für alle

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf?

ja  nein

Wenn ja: Wie handhaben Sie die Zweisprachigkeit in der Familie?  
(z.B. Zuhause wird überwiegend ... gesprochen)

.....

Konnten Sie sich bereits mit den Prinzipien der Montessori-Pädagogik vertraut machen? In welcher Form?

Erziehungsberechtigte\*r 1: .....

.....

Erziehungsberechtigte\*r 2: .....

.....

Sie wünschen die Aufnahme Ihres Kindes an einer Montessori-Schule. Was waren/sind Ihre Gründe dafür?

Erziehungsberechtigte\*r 1: .....

.....

Erziehungsberechtigte\*r 2: .....

.....

Stehen beide Eltern hinter der Entscheidung für den Weg der Montessori-Erziehung?

Erziehungsberechtigte\*r 1:.....

.....

Erziehungsberechtigte\*r 2: .....

.....

Unsere Schule steht unter der privaten Trägerschaft eines Vereins. Sicher haben Sie an eine private Schule in freier Trägerschaft andere Erwartungen als an eine staatliche Schule. Welche?

.....

.....

.....





# Montessori Grund- und Mittelschule

Schule für alle

.....  
Nachname des Kindes

.....  
Vorname

## Schwangerschaft und Geburtsverlauf

- Behandlungsbedürftige Krankheiten während der Schwangerschaft
- Geburtsgewicht .....g
- Normalgeburt
- Frühgeburt (unter 36 Wochen oder Geburtsgewicht unter 2500 g)
- Mehrlingsgeburt
- Kaiserschnitt, Zangengeburt, Saugglocke
- Intensivbehandlung des Kindes nach der Geburt

## Entwicklung

- |                                |  |                                 |
|--------------------------------|--|---------------------------------|
| Freies Laufen                  | <input type="checkbox"/> bis 18 Monate | <input type="checkbox"/> später |
| Erste Worte (Mama, Papa, Auto) | <input type="checkbox"/> bis 18 Monate | <input type="checkbox"/> später |
| Sprachauffälligkeiten          | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein   |
| Gelegentliches Einnässen       | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein   |
| Rechtshändigkeit               | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> nein   |

## Durchgemachte Krankheiten und gesundheitliche Besonderheiten

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern                        | <input type="checkbox"/> Mumps                      | <input type="checkbox"/> Röteln             |
| <input type="checkbox"/> Windpocken                    | <input type="checkbox"/> Scharlach                  | <input type="checkbox"/> Keuchhusten        |
| <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung            | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden              | <input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe      |
| <input type="checkbox"/> Häufige Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> Häufige Mandelentzündungen |   |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                  | <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Häufige Bronchitis |

Sonstige Allergien: .....

Sonstige Hauterkrankungen: .....

Sonstige und chronische Erkrankungen:.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:  nein  ja, welche: .....

Sehstörungen  Hörstörungen

Unfälle, welche .....

Operationen, welche .....

Sonstige Krankenhausaufenthalte, welche.....

Kinderarzt/Hausarzt: .....

Das Kind ist derzeit in ärztlicher Behandlung  nein  ja, wegen

.....

Ich bestätige die Vollständigkeit und Korrektheit meiner Angaben.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Vom Kinderhaus  
bis zum Abitur