WALDORFSCHULE IN OSTHOLSTEIN

Bitte heften Sie hier ein Bild Ihres Kindes an.

Waldorfschule in Ostholstein Rudolf Steiner Weg, 23738 Lensahn Tel.: 04363 – 1641, Fax: 04363 – 91070

A U F N A H M E A N T R A G f ü r d i e 1. K L A S S E

Zum Schuljahr ……..

Wir bitten um Aufnahme von: (bitte in Druckbuchstaben)

I. KIND:

Familienname……. Vornamen…….

(Rufname unterstreichen) m / w / d

Geboren am …….....in…….

Konfession welche?……☐ Nein… Staatsangehörigkeit ……

Besuchter Kindergarten: Zuständige Grundschule:

……. …….

Straße: ……. Straße:……

PLZ – Ort: …… PLZ – Ort:…….

Tel.: ……. Tel.:……

II. Eltern: Vater Mutter

Sorgeberechtigte/r (bitte kreuzen)	Ja Nein	Ja Nein
Familienname	……	……
Vorname	……	……
Geburtsdatum	……	……
Familienstand	……	……
Staatsangehörigkeit	……	……
Straße	……	……
PLZ – Wohnort	……	……
Telefon	……	……
Mobil	……	……
Email	……	……
Erlernter Beruf	……	……
Ausgeübte Tätigkeit	……	……
In Firma/Branche	……	……

III. Geschwisterkinder

Name	geboren am	Kindergarten/Schule	Klasse
1.			
2.			
3.			

IV. Ergänzende Angaben zum Kind

- Gesundheitszustand und bisherige Erkrankungen: ……..

……

- Besonderheiten in der körperlichen und seelisch-geistigen Entwicklung: …….

……

……

- Hat Ihr Kind bereits entwicklungsfördernde Maßnahmen bekommen (z.B. durch eigene Initiative, durch Empfehlung des Hausarztes / des Kindergartens)? - Wenn ja, welche? - In welchem Zeitraum?

……

……

.....

- Kurzcharakteristik des Kindes (Wesensart, bes. Neigungen, Stärken oder Schwächen, ggf. Extrablatt benutzen):……

……

……

……

……

……

- Sind Sie damit einverstanden, dass wir ggf. weitere Informationen zum Verständnis des Kindes, seiner Entwicklung und seinen Bedürfnissen bei Ihrem Kindergarten einholen?

(Bitte kreuzen) **Ja** **Nein**

V. Wodurch haben Sie die Waldorfpädagogik kennen gelernt? Was erwarten Sie für sich und Ihr Kind von einer Einschulung in diese Schulform?

……

……

……

.....	.....	.....
Ort, Datum	Sorgeberechtigte/r	Sorgeberechtigte/r