



Gem. Grundschule der Stadt Marl, Hervester Str. 81, 45768 Marl
Tel.: (0 23 65) 50 33 27 – 0, Fax: (023 65) 50 33 27 99, E-Mail: 122749@schule.nrw.de

Anmeldung zur Einschulung

Datum: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

geb. am: _____ in _____ Geburtsland: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefonnummer Mutter: _____

Telefonnummer Vater: _____

Notfallnummer: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse (Kind): _____

Impfung Mumps/Masern/Röteln: ☐ ja ☐ nein

Religion: ☐ evangelisch ☐ römisch-katholisch ☐ islamisch ☐ ohne Konfession

☐ andere: _____

1. Staatsangehörigkeit: _____ 2. Staatsangehörigkeit: _____

Kindergartenbesuch:

Name des Kindergartens: _____

Zeitraum/Dauer: seit _____ Tel. KiGa: _____

Geschwisterkind ist in der Klasse _____ bei Herrn/ Frau _____

Mit wem möchte Ihr Kind in eine Klasse? _____

Name, Vorname der Eltern:

Mutter: _____ Vater: _____

Beruf Mutter: _____ Beruf Vater: _____

sorgeberechtigt: _____ erziehungsberechtigt: _____

BuT-Leistungen (Bürgergeld, Wohngeld, etc.): ☐ ja ☐ nein

Bitte nur bei **Migrationshintergrund** ausfüllen:

Geburtsland Mutter: _____ Geburtsland Vater: _____

Zuzugsjahr: _____ Verkehrssprache in der Familie: _____

Verschiedenes:

- **Interesse an der „Offenen Ganztagsschule“:** ☐ ja ☐ nein

- Ich bin damit einverstanden, dass ein **Foto meines Kindes** in der Homepage, auf CDs, auf Klassenfotos o. Ä. der Schule veröffentlicht wird. ☐ ja ☐ nein

Sonstiges (z.B. *Medikation, Allergien oder Informationen, die die Klassenleitung unbedingt wissen muss*):

Datum: _____

Unterschrift: _____