



Schule am Regenweiher 08G22

Johannisthaler Chaussee 328-340, 12351 Berlin, ☎ 604 40 12, 📠 66 70 81 50

Schulanmeldungen		Schuljahr 2023 / 2024	
<input type="checkbox"/> Schulanfänger*in	<input type="checkbox"/> Schüler*in besucht bereits die Klassestufe _____		
<input type="checkbox"/> Antragskind	<input type="checkbox"/> Rückstellung gewünscht	<input type="checkbox"/> Zuzug	<input type="checkbox"/> WiKo

Name: _____ **Vorname:** _____
Kind Kind

geb. am: _____ Geburtsort: _____
(M) (W) (D)

Staatsangehörigkeit: Deutsch andere Staatsangehörigkeit: _____
welche

doppelte Staatsangehörigkeit: _____
welche

Name / Vorname **Mutter:** _____ erziehungsberechtigt

Name / Vorname **Vater:** _____ erziehungsberechtigt

Name des Amtsvormundes: _____ beim Bezirksamt: _____

Wohnadresse des Kindes:

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Berlin -** _____
Ortsteil

Mutter: **Vater:**

E-Mail: _____
Mutter

E-Mail: _____
Vater

!Nur ausfüllen, wenn ein Elternteil eine andere Wohnadresse hat!

Wohnadresse Elternteil, falls abweichend: Vater Mutter

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Berlin -** _____
Ortsteil

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? Deutsch

eine andere Sprache - welche: _____

Name und Klasse der Geschwister, die bereits schulpflichtig sind:

Name	Klasse	Name	Klasse



Bitte auch die Rückseite beachten



Besuchte Ihr Kind eine **Kita** oder eine ähnliche Einrichtung?

ja nein

Name der Kita:

Mein Kind sollte möglichst **mit folgendem Kind in eine Klasse** gehen:

Name

Welche Grundschule besucht Ihr Kind zurzeit? (nur ausfüllen, wenn bereits Schüler*in)

welche – Name der Schule

Teilnahme am **Religionsunterricht** unserer Schule:

evangelisch: katholisch: keine Teilnahme erwünscht

Mein Kind soll betreut werden: nein
 ja

!Den Hortantrag bitte zeitnah im Hort abgeben!

Hortbetreuung: 6:00 – 7:30 Uhr
 7:30 – 16:00 Uhr
 16:00 – 18:00 Uhr

Hat Ihr Kind einen **BerlinPass**?

ja
 nein
 wird beantragt

Hat Ihr Kind **gesundheitliche Einschränkungen**?
(z.B. Brille, Allergien, etc.)

welche

Bei welcher **Krankenkasse** ist Ihr Kind mitversichert?

Krankenkasse Mutter
 Vater

Masernimpfung: Ist Ihr Kind zweifach gegen Masern geimpft ja nein

Datum: _____

Unterschrift: _____
Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift: _____
Erziehungsberechtigte/r