

An die  
Johannes-Schule Evinghausen  
Icker Landstr.8

49565 Bramsche

Bitte hier  
ein **Foto**  
einkleben!

## Aufnahmebogen

Vor- u. Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ in Klasse: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

### Geschwister:

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kindergarten /Schule /Schulform: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige Bezugsperson: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Aufenthaltort d. Kindes (Anschrift): \_\_\_\_\_

(Heim oder Pflegeeltern)

Erzieher/in: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Wer ist erziehungsberechtigt? \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Haftpfl.versicherung: Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_

Welche Einrichtungen besuchte Ihr Kind? (Kindergarten, verschiedene Schulen, ...)

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf festgestellt? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_

Durch welche Schule? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis?\*)

Lernen \_\_\_\_\_ Emotionale u. Soziale Entwicklung \_\_\_\_\_ Geistige Entwicklung \_\_\_\_\_

\*)Die entsprechende Verfügung der Schulbehörde ist rechtliche Grundlage, um Ihr Kind bei uns beschulen zu dürfen; wir bitten um Übersendung der **Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs** in Kopie!

In welcher Klinik/welchem Diagnosezentrum wurde Ihr Kind bereits behandelt?

\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Welche besonderen Kinderkrankheiten, Krankheiten, Unfälle durchlebte Ihr Kind bis jetzt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind besondere Allergien?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Beweggründe veranlassen Sie, den Kontakt zu uns zu suchen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift