



**Anmeldebogen**  
**Hoffmann-von-Fallersleben-Schule**  
**Städt. Realschule Höxter**  
**An der Steinmühle 2, 37671 Höxter**

Schuljahr: 2024/2025

Eintrittsdat.: .....

Jahrgang: .....

Halbjahr: .....

ID: .....

(von der Schule auszufüllen)

**Angaben zum Kind**

Name des Kindes: .....

Vorname des Kindes: .....

Geschlecht:  m  w  d      Geburtsdatum: .....

Geburtsort: ..... Geburtsland: .....

Anschrift: .....

Staatsangehörigkeit: ..... in Deutschland seit/Zuzugsjahr: .....

Religionsbekenntnis: ..... Teilnahme an:  ev. Rel.  kath. Rel.  Prakt. Philosophie

Fahrkarte nötig?  Ja  nein      Haltestelle: .....

**Angaben zu den Eltern**

Name Vater: ..... Geburtsland Vater: .....

Staatsangehörigkeit Vater: .....

Name Mutter: ..... Geburtsland Mutter: .....

Staatsangehörigkeit Mutter: .....

Sprache/n im Elternhaus: .....

Andere Erziehungsberechtigte: .....

**Kontakt Daten Erziehungsberechtigte**

Telefon: ..... Mobil: .....

Notfall-Nr.: ..... E-Mail (privat): .....

Adressen (falls nicht wie oben):

Mutter: .....

Vater: .....

Andere: .....

Bei getrennt lebenden Eltern : Sorgerecht  gemeinsam  nur Mutter  nur Vater  
(ggf. Unterlagen des Familiengerichts beifügen)

## Schullaufbahn des Kindes

Schuljahr	Klasse	Schule
/		

Einschulung:  normal  vorzeitig  zurückgestellt

Datum Einschulung Grundschule: \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ Klassenlehrer\*in: \_\_\_\_\_

Übergangsempfehlung für Jahrgang. 5: \_\_\_\_\_

Wiederholte Klasse/n: \_\_\_\_\_ Geschwisterkind/er in Klasse/n: \_\_\_\_\_

(Von der Schule auszufüllen) **Ab Klasse 7**

Schwerpunktfach: \_\_\_\_\_

Ergänzungsunterricht: \_\_\_\_\_

Klasse und Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

### Wunsch zur Klassenbildung

Mein Kind möchte möglichst mit folgendem/r Mitschüler\*in in eine Klasse:

\_\_\_\_\_

### Weitere wichtige Informationen (bitte ankreuzen)

LRS/Legasthenie getestet  Dyskalkulie getestet  AD(H)S getestet

Festgestellt durch: \_\_\_\_\_

Sonderpädagogischer Förderbedarf  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gesundheitliche Beeinträchtigung/Behinderung des Kindes:

Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente erforderlich?: \_\_\_\_\_

Masernimpfung erfolgt

**Ich/Wir bestätigen durch meine/unsere Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorherigen Angaben und den Erhalt des Merkblatts zum Infektionsschutzgesetz.**

**Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die erhobenen Daten gem. VO-DVI für schulische Aufgaben gespeichert und verwendet werden und dass ich/wir die Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung erhalten haben.**

Höxter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Falls getrennt lebend/geschieden und beide Elternteile erziehungsberechtigt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des 2. Erziehungsberechtigten