

Lange Straße 2, 21255 Kakenstorf, Tel. 04186/8935-0 Fax: 04186/8935-35

Mitgliedsnummer:

Datum:

Aufnahmeantrag

für die Klasse – Schuljahr

Name des Kindes Junge Mädchen Bild

geb.: in:

Straße:

PLZ und Wohnort: E-Mail:

Tel. Festnetz: Mobil: Staatsangeh.: Religionszugeh.:

Wieviertes Kind: von wievielen Kindern:
Adoptiv-/Pflegekind

Name und Geburtsjahr der Geschwister:

Wurde ein Aufnahmeantrag für **20** für ein Geschwisterkind im Kindergarten abgegeben? Ja nein

Vater (Erziehender) **Mutter** (Erziehende) (evtl. **Vormund**)

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtsdatum:

erlernter Beruf:

z.Zt. tätig als:

tagsüber tel. erreichbar:

im Zeitraum von - bis:

Straße:

PLZ und Ort :

Staatsangehörigkeit:

Religionszugehörigkeit:

Krankenkasse/Sitz:

über wen ist das Kind versichert.

Familienverhältnisse:
(verh./verw./led./gesch./getr. leb./Lebensgem.)

Erziehungsberechtigte:

Name und Adresse des Kinderarztes:

Tel.:

Name:

geb.:

Kindergarten/ Kita/ Tagesmutter o.ä. ja nein, wenn ja, im Alter von bis

In/bei :

Wichtig für die Anmeldung in die 1. Klasse:

Bitte informieren Sie die für Sie zuständige staatliche Schule über die Anmeldung Ihres Kindes an unserer Schule.

Zu unserem Aufnahmeverfahren gehört auch eine Schulreifeuntersuchung des Gesundheitsamtes.

Name der zuständigen staatlichen Schule:

Bei Quereinsteigern, bisherige Schullaufbahn:

Erste Einschulung: in

Bisher besuchte Schulen: von bis

..... von bis

Grund des gewünschten Schulwechsels:

Wie sind Sie auf unsere Schule aufmerksam geworden?

Allgemeine Schilderung des Kindes

Bitte beschreiben Sie auf einem gesonderten Bogen:

-Kontakte zu anderen Kindern, Kontakt zu Erwachsenen, Wohnsituation

-soziales Verhalten, Neigungen, Begabungen, Temperament, Geschicklichkeiten, Spielfreudigkeit, Spiel allein

-Essensgewohnheiten, Schlafverhalten, Träume, Ängste, Sport, Medien usw.

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft:

Gesundheit

Stress

Medikamente

Geburt: Größe: Gewicht: Kopfumfang: termingerecht? Ja nein
.....früher.....später

normale Geburt Spontangeburt geplante Geburt, wenn ja, weil:

künstliche Einleitung Zangen- oder Kaiserschnittentbindung, wenn ja, weil:

Evtl. Verlaufsbeschreibung / Dauer / Komplikation:

Säuglingszeit: Wie lange wurde gestillt? voll: teilweise:

Gab es Schwierigkeiten / Komplikationen / Hat das Kind stark gesaugt?

Hat sich das Kind „selbst“ abgestillt? ja nein

War das Kind nach der Geburt oder später von der Mutter getrennt? ja nein, wenn ja, wie lange:
wegen:

Wie reagiert/e ihr Kind auf **körperliche Reize** (Sie können auch kommentieren / ergänzen)

Berührung gern kräftig gern leicht / zart möglichst nicht

Matschen sehr gern / viel gern ungern

Haare waschen kein Problem ungern

Schmusen gern und viel nur auf eigenen Wunsch wenig / möglichst nicht

Name:

geb.:

Bewegungsentwicklung (ein Fotoalbum kann hilfreich sein):

Wie haben Sie ihr Kind am Tag gelagert?

Wie alt war Ihr Kind beim Erlernen folgender Fähigkeiten:

Drehen Rücken / Bauch Robben / Kriechen Sitzen

Po-Rutschen (falls gemacht) Krabbeln Hochziehen

Erste freie Schritte sicheres Gehen

Entwicklungsbesonderheiten:

.....

Wie erleben Sie Ihr Kind z.B. auf dem Spielplatz bei den folgenden Tätigkeiten?

Klettern, Schaukeln und Rutschen eher tollkühn moderat eher zurückhaltend / vorsichtig

Tempo der Bewegungen ist schnell moderat langsam

Bewegung mit besonders viel Freude unterschiedlich / mittel eher ruhig / beobachtend

Motorische Besonderheiten:

.....

Sprachentwicklung

Wie alt war Ihr Kind beim Erlernen folgender Fähigkeiten?

Erste gerichtete Worte: Mit 2 Jahren sprach es ca. Worte

Hat es mehr als 3 Worte vor den Laufen gesprochen? Ja nein, wenn ja, ca. Worte

Sätze (grammatikalisch) mit 3 und mehr Worten im Alter von

Welche Laute wurden werden ersetzt?

Sprachauffälligkeiten:

.....

Wie lange hat Ihr Kind gneckelt? Bis zum Alter von: Flasche Sauger Hand (welche?)

Versteht Ihr Kind alles im Alltag?

Reagiert es sofort auf Ansprache?

.....

Wie reagiert es auf Ansprache?

.....

Verhalten

Hat es vielfältige Spielideen?

.....

Spielt es Rollenspiele? Wenn ja, welche Rolle übernimmt es gern (dominant / nicht dominant)?

.....

Hält es Blickkontakt? ja eher nicht

Gab es eine „Fremdelphase“? ja, und zwar mit Monaten eher nicht

Gab es eine „Trotzphase“? ja, und zwar im Alter von eher nicht

Sauberkeit

Über Tag mit Jahren Monaten Übernacht mit Jahren Monaten

Verdauung: normal fest breiig täglich 1x täglich 2x seltener und zwar

Appetit

Merkt Hunger bzw. Sättigung Hat Appetit wenn es schmeckt isst alles sie kochen speziell

Speisen dürfen vermischt sein eher ausgewählt besonders gerne:

Unverträglichkeiten und zwar:

Name:

geb.:

Schlafverhalten

Zuerst durchgeschlafen mit Monaten 2 x tägl. geschlafen bis zu Mon. / Jahren
1 x tägl. geschlafen bis zu Mon. / Jahren schläft leicht ein schwer ein
Merkt wenn es müde ist ja nein wacht nachts auf ja nein, wenn ja, wie?
Bettnässer ja nein nicht mehr, nur bis zum Alter von
Derzeitige Schlafdauer nachts: tags:
Sonstige Besonderheiten / Schlafwandeln / nächtliches Aufschrecken o.a.:

Zahnen

Der erste Zahn mit Monaten Vollständiges Milchzahngewiss im Alter von
Schon Zähne ausgefallen Schon bleibenden Zähne Karies ja nein

Schutzimpfungen (mit Zeitangabe)

6-fach-Impfung (Tetanus/Diphtherie/Keuchhusten/Kinderlähmung/Hib/HepatitisB) 1. Impfung mit Mon.
 5-fach-Impfung (s.o. außer HepatitisB) 1. Impfung mit Mon.
 MMR-Impfung (Masern/Mumps/Röteln) 1. Impfung mit Mon.
 sonstige Impfungen

Impfreaktionen nein ja und zwar Fieber Krampf anderes:

Bekam das Kind Vigantol o.ä. wann/wieviel

Durchgemachte Kinderkrankheiten (mit Altersangabe)

Masern Mumps Keuchhusten Röteln Ringelröteln
 Asthma Windpocken Rachitis Scharlach Diphtherie

Sonstige Krankheiten / Krankenhausaufenthalte (mit Alters- und Zeitangabe)

(z. B. Lungenentzündung, Typhus, Gelbsucht, Kinderlähmung, Gehirnhautentzündung, Gelenkrheuma, Ekzeme, Ernährungsstörung als Säugling, Krämpfe, oder Veranlagung dazu, Pseudokrapp, Allergie)

Sonstiges:

Rechtshänder Linkshänder Re.- Li. Unklar
 Brillenträger Gehörschwäche / Hörgerät kalte Hände / Füße

Durchgemachte Operationen (mit Altersangabe)

Sonstige kleinere Eingriffe:

Unfälle, z. B. Verbrühungen, Knochenbruch, usw. (mit Altersangabe):

Sprachtherapie, Krankengymnastik, psychologische Untersuchung, ärztliche Betreuung, usw. (mit Altersangabe), wegen:

Wie ist der augenblickliche Gesundheitszustand / Medikamenteneinnahme?

Sonstiges

Erklärung:

Wir sind/ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter der Rudolf-Steiner-Schule Nordheide Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen unseres/meines Kindes nehmen können. Die Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und erklären, dass sie keine Angaben ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten an Dritte weitergeben.

Ort und Datum

Unterschrift