



## Anmeldung an der Grafen-von-Sempt-Mittelschule

**Regelklasse**     **Ganztagesklasse**     **M-Zweig**     **Deutsch-Klasse**

|                 |                 |         |
|-----------------|-----------------|---------|
| Eintrittsdatum: | Jahrgangsstufe: | Klasse: |
|-----------------|-----------------|---------|

### Angaben Schülerin / Schüler:

|   |  |  |
|---|--|--|
| Name:   | Vorname:   | Geschlecht:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W                                 |
| Geburtstag:   | Staatsangehörigkeit:   | Geburtsort:  |
| Datum Zuzug Ausland:  | Geburtsland:   |  |
| <b>Bei Migrationshintergrund:</b><br><input type="checkbox"/> Flüchtling <input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Ausländer (nicht Asylbewerber)<br><input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Asylbewerber anerkannt <input type="checkbox"/> Asylbewerber geduldet<br><input type="checkbox"/> Aussiedler <input type="checkbox"/> sonst. Zuzug |  |  |
| <b>Adresse:</b><br><br><br>   |  |  |
| Religionszugehörigkeit:   | Religionsunterricht:<br><input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> Ethik                 | <input type="checkbox"/> Gastschüler<br><input type="checkbox"/> Zuweisung                           |
| <b>Schülerbeförderung:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Bus / S-Bahn (Landkreis/Sprengel) <input type="checkbox"/> Bus / S-Bahn (extern) <input type="checkbox"/> zu Fuß / Fahrrad  |  |  |
| Zuletzt besuchte Schule:  | <input type="checkbox"/> Grundschule Markt Schwaben<br><input type="checkbox"/> Grundschule Anzing<br><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Grundschule Forstinning<br><input type="checkbox"/> Grundschule Hohenlinden |
| Einschulung in die Grundschule (Jahr, Schulname, Ort, Land)   |  | Wiederholte Jahrgangsstufe (n)   |
| Besondere Interessen (z.B. Musikinstrument, Sportart, Hobby):<br><br><br>   |  |  |
| Schwächen / Probleme in folgenden Bereichen:<br><input type="checkbox"/> LRS / Legasthenie <input type="checkbox"/> AD(H)S <input type="checkbox"/> Dyskalkulie   |  |  |
| <b>Für einen Notenausgleich muss bei einem Schulartenwechsel ein neuer Antrag gestellt werden!</b>  |  |  |
| Geschwister an der Schule (Name, Geb. Datum)  |  |  |

### Wahl- und Wahlpflichtfächer (ab 7. Klasse)

|                              |                                     |                                |                                       |  |                                   |
|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Für die 7. Klasse            | <input type="checkbox"/> Musik oder | <input type="checkbox"/> Kunst |                                       |  |                                   |
| Für die 8. Klasse            | <input type="checkbox"/> Musik oder | <input type="checkbox"/> Kunst | <input type="checkbox"/> Technik oder | <input type="checkbox"/> Wirtschaft oder | <input type="checkbox"/> Soziales |
| Für die 9. Klasse            | <input type="checkbox"/> Musik oder | <input type="checkbox"/> Kunst | <input type="checkbox"/> Technik oder | <input type="checkbox"/> Wirtschaft oder | <input type="checkbox"/> Soziales |
| Für die 10. Klasse (M-Zweig) |                                     |                                | <input type="checkbox"/> Technik oder | <input type="checkbox"/> Wirtschaft oder | <input type="checkbox"/> Soziales |

*Bitte Rückseite beachten!*

**Angaben Eltern:**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sorgerecht gemeinsam   | <b>Vater:</b><br><input type="checkbox"/> Sorgerecht alleine:<br>(Nachweis erforderlich) | <b>Mutter:</b><br><input type="checkbox"/> Sorgerecht alleine:<br>(Nachweis erforderlich) |
| Name, Vorname   |  |   |
| Adresse:  |  |   |
| Telefonnummer privat<br>ggf. Telefonnummer Arbeit   |  |   |
| Handy-Nummer privat<br>ggf. Handy-Nummer Arbeit   |  |   |
| E-Mail Adresse  |  |   |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Mutter berufstätig <input type="checkbox"/> Vater berufstätig |  |   |

**Gesundheit:**

Damit Lehrkräfte auf eventuelle Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten angemessen eingehen können, bitten wir um folgende, freiwillige Angaben:

Körperliche Einschränkungen:

Chronische Krankheiten / Allergien:

Dauermedikation:

**Markt Schwaben,**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

**Von der Schule zu bearbeiten:**Vorgelegt / kopiertwenn letzte Schule nicht in Deutschland war:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Letztes Zeugnis                              | <input type="checkbox"/> Pass / Ausweis oder Staatsangehörigkeitsnachweis |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde                               | <input type="checkbox"/> Meldebescheinigung                               |
| <input type="checkbox"/> SEPA (nur bei Ganztags)                      |   |
| <input type="checkbox"/> Busantrag <input type="checkbox"/> Foto      |   |
| <input type="checkbox"/> Sorgerechtsbestätigung bei Alleinerziehenden |   |
| <input type="checkbox"/> Masernnachweis (nur Sichtung)                |   |

Schülerakte angefordert am: \_\_\_\_\_

ASV: \_\_\_\_\_

Schulmanager: \_\_\_\_\_

edoop: \_\_\_\_\_



## Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

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

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Besondere Bemerkungen (Krankheiten etc.):  
\_\_\_\_\_

Ich/Wir entbinde/n folgende, an der *Grafen-von-Sempt-Mittelschule Markt Schwaben* eingesetzten MitarbeiterInnen im Hinblick auf die pädagogisch gewonnenen Erkenntnisse über mein/unser Kind jeweils gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht bzw. dienstlichen Verschwiegenheitspflicht, soweit dies dem Wohl und der Förderung des Kindes dienlich erscheint und im Rahmen eines vertrauensvollen Zusammenwirkens zwischen Schule und Kooperationspartner zur Aufgabenerfüllung, sowohl im Schulbetrieb, als auch bei schulischen Veranstaltung erforderlich ist.

- die Lehrkräfte der Klasse meines/unseres Kindes,
- die Beratungslehrkräfte,
- die Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen,
- die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter,
- die Schulpsychologin/den Schulpsychologen und
- die Schulleitung
- pädagogischen Mitarbeiter\*innen der Diakonie Rosenheim

Diese Erklärung gilt (bis auf Widerruf) für die gesamte Schulzeit an der Grafen-von-Sempt-Mittelschule.

Die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben bestimmte/n Person/en nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Meine Einwilligung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht habe ich freiwillig abgegeben. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Markt Schwaben,

Unterschrift Erziehungsberechtigter