



Geschwister-Scholl-Gymnasium – Münster-Kinderhaus

ab dem _____ in Klasse/Jahrgang _____

Schüler/in

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort (Land): _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: _____ Konfession: _____

Handynummer Schüler/in: _____

Geschwister an der Schule: _____

Besuchte Schulen: _____

Schulformempfehlung für Jg. 5.: _____

Erziehungsberechtigte/r

Mutter/Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Beruf: _____

Telefon dienstlich: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Vater/Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Beruf: _____

Telefon dienstlich: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Notfallnummer

Name/Vorname: _____ Telefon: _____



Fahrkarte (GoCard) Ja Nein

Wir/Ich beantrage/n die Bewilligung einer **GoCard zum ermäßigten Tarif** von maximal 12,00 € monatlich.

Hinweis:

Ein Anspruch auf Ausstellung einer GoCard zum ermäßigten Tarif besteht, wenn die einfache fußläufige Entfernung zur nächstgelegenen Schule des gewählten Schultyps mindestens 3,5 km beträgt.

Wenn diese Entfernungsvoraussetzungen nicht erfüllt werden, haben Sie die Möglichkeit bei den Stadtwerken Münster ein Schülerticket zum Preis von 22,00 € monatlich zu erwerben.

Bisheriger Unterricht

Erste Fremdsprache: _____ ab Kl. ____

Wahlpflichtbereich I: Zweite Fremdsprache: _____ ab Kl. ____

Wahlpflichtbereich II: _____ ab Kl. ____

AG Wünsche _____

Religionsunterricht

Teilnahme:

- evangelisch**
- katholisch**
- praktische Philosophie**

Hinweis:

Die Teilnahme am Unterricht in Praktischer Philosophie ist verpflichtend, wenn das Kind nicht am Religionsunterricht teilnimmt

Schwimmunterricht

Mein Kind: ist **Schwimmer** **Abzeichen:** _____

kann schwimmen, hat aber kein Schwimmbzeichen

ist Nichtschwimmer

Hinweis: Die Teilnahme am koedukativen Schwimmunterricht ist an unserer Schule verbindlich.



(nur SEK 1)

**Benötigt ihr Kind eine Betreuung am Nachmittag nach Unterrichtsschluss?
(Mo. – Do. max. bis 16.00 Uhr / Fr. max. bis 15.00 Uhr)**

JA

NEIN

Migrationshintergrund vorhanden Ja Nein

Geburtsland des Kindes: _____ Zuzugsjahr: _____

Geburtsland der Mutter: _____ Geburtsland des Vaters: _____

Welche Sprache wird **überwiegend** in Ihrer Familie gesprochen
(Verkehrssprache)? _____

(nur SEK 1)

**Soll ihr Kind am Unterricht für Deutsch als Zweitsprache/Fremdsprache teilnehmen?
(DaF/DaZ)**

JA

NEIN

Herkunftssprachlicher Unterricht (bei Migrationshintergrund)

Hiermit melde/n wir/ich unsere(n)/meine(n) Sohn/Tochter zum Herkunftssprachlichen

Unterricht in (Sprache) _____ für das Schuljahr _____ verbindlich
an.

Hat ihr Kind eine Berechtigung für Bildung und Teilhabe (BuT)?

JA

Kartennummer: _____

NEIN

**Besondere Teilleistungsschwächen (LRS, Dyskalkulie
etc.):**

Ja

Nein

Falls JA, welche: _____

(Entsprechende Nachweise sind bitte der Fachlehrkraft vorzulegen.)

Besondere Erkrankungen (Allergien, Unverträglichkeiten etc.): Ja Nein

Falls JA, welche: _____

(Entsprechende Nachweise sind bitte der Schule vorzulegen.)

