

# Marienstift Arnstadt Emil-Petri-Schule

Christliches Montessori- Schulzentrum



Marienstift Arnstadt, Emil-Petri-Schule, Rudolstädter Straße 30, 99310 Arnstadt, Tel. 03628/66390, Fax 663925

## Aufnahmeantrag

Bitte davor ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Aufnahme in Klasse _____	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftsschule	<input type="checkbox"/>	Förderzentrum
<input type="checkbox"/>	im Schuljahr _____ / _____	<input type="checkbox"/>	ab (Monat/ Jahr) _____		

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse (Str., PLZ Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschwisterkind \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
an der EPS: \_\_\_\_\_ Name, Vorname, Kl.

Krankenkasse des Kindes/: \_\_\_\_\_ Schwerbehindert/ \_\_\_\_\_

versichert bei: ☐ Mutter ☐ Vater Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: \_\_\_\_\_

### Eltern/ Erziehungsberechtigte

Name, Vorname der **Mutter**: \_\_\_\_\_ Name, Vorname des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt? ☐ ja ☐ nein Erziehungsberechtigt? ☐ ja ☐ nein

Adresse u. Telefon (falls abweichend): \_\_\_\_\_ Adresse u. Telefon (falls abweichend): \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Bisher besuchte Einrichtungen (vorschulische u. schulische):

Zeitraum/ Klasse	Kita/ Schule	Ort

Wurde bei Ihrem Kind ein **Förderbedarf** festgestellt? ☐ ja ☐ nein  
(Wenn ja kurz benennen, in welchem Bereich dieser liegt. /  
Therapiemaßnahmen/ notwendige Hilfsmittel u. Medikamente)

Teilnahme – ☐ Tag der offenen Tür ☐ Hospitation ☐ Informationsveranstaltung Wann? \_\_\_\_\_  
(Bitte ankreuzen.)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

### Wird von der Schule ausgefüllt:

Klasse: \_\_\_\_\_ SBJ: \_\_\_\_\_ Bildungsgang: \_\_\_\_\_ sopäd.FöBedarf: \_\_\_\_\_ Aufnahme EPS: \_\_\_\_\_