



Vels-Heide-Schule  
Sanderweg 25  
44803 Bochum



+49 234 9351363  
www.vels-heide-schule.de  
128673@schule.nrw.de



**Vels-Heide Schule**  
Miteinander leben – lernen – leisten

## Anmeldung

(Bitte Vorder- und Rückseite deutlich lesbar ausfüllen)

### Angaben zum Kind:

Name: _____
Vorname: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Konfession des Kindes: <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> mosl. <input type="checkbox"/> ohne Konfession <input type="checkbox"/> andere _____
Teilnahme am <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> ev. Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Ethik-AG
Staatsangehörigkeit des Kindes: _____
Zweite Staatsangehörigkeit: _____ Spätaussiedler: <input type="checkbox"/> ja
Anzahl der Geschwister: _____
Bei Schulwechsel: Vorher besuchte Schule (Name und Adresse): _____ _____
Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind? (Name und Adresse): _____ _____
Dauer des Kindergartenbesuchs: _____
<input type="checkbox"/> kein Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre <input type="checkbox"/> 2 bis 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre und mehr
Soll Ihr Kind vorzeitig eingeschult werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nimmt oder nahm Ihr Kind an einer der folgenden Fördermaßnahmen teil?
Ergotherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Logopädie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Förderung Art der Förderung _____
Sprachförderung im Kindergarten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;"><b>Bitte wenden</b> →</span>

<b>Angaben zu den Erziehungsberechtigten:</b>		
Name, Vorname des Vaters: _____		
Name, Vorname der Mutter: _____		
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> allein erziehend
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> beide Eltern	<input type="checkbox"/> nur Mutter (Nachweis erforderlich)
		<input type="checkbox"/> nur Vater (Nachweis erforderlich)
Telefonnummer der Eltern:		
Mutter: _____		
Vater: _____		
Notfallnummern: (bitte Namen angeben und die Beziehung zum Kind)		
1. Notfallnummer: _____	Name/Beziehung: _____	
2. Notfallnummer: _____	Name/Beziehung : _____	
Email-Adresse der Mutter: _____		
Email-Adresse des Vaters: _____		
Es besteht Bedarf		
an der Betreuung von 7.30 Uhr-13.20 Uhr (VGS) <b>mit</b> Ferienbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
an der Betreuung von 7.30 Uhr-13.20 Uhr (VGS) <b>ohne</b> Ferienbetreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
an der Betreuung von 7.30 Uhr-16.30 Uhr im offenen Ganzttag (OGS)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Krankheiten, von denen wir etwas wissen müssen (Medikamente usw.)?		
<input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Migrationshintergrund vorhanden		
Geburtsland des Kindes: _____		
Zuzugsjahr des Kindes : _____		
Geburtsland der Mutter: _____		
Geburtsland des Vaters: _____		
Verkehrssprache in der Familie: _____		
Herkunftsprachlicher Unterricht gewünscht:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein