



Oberschule Bückeburg

Unterwallweg 5, 31675 Bückeburg, Tel. 05722 / 89 29 50, Fax 05722 / 89 29 520,
sekretariat@obs-bbg.de, www.oberschule-bueeckeburg.de

Anmeldung in Klasse _____

Schülerdaten		
Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	Geburtsort	Religion <input type="checkbox"/> ev.-luth. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> islam <input type="checkbox"/> sonst.
Straße	PLZ, Wohnort	Ortsteil
Telefon	weitere Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	Geburtsland	Ab wann in Deutschland
Förderschwerpunkt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> emotionale/soziale Entwicklung <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Sprache	Gutachten vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beifügen
Schulbegleitung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anbieter: _____	<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> körperl. / motorische Entwicklung <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum- Störung	

Erziehungsberechtigte Notfall-Tel.Nr.:		
<input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Name	Vorname
	Straße	PLZ, Wohnort
	Telefon	Telefon

Vater <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Name	Vorname
	Straße	PLZ, Wohnort
	Telefon	Telefon
Vormund <input type="checkbox"/> sorgeberechtigt	Name	Vorname
	Straße	PLZ, Wohnort
	Telefon	Telefon

Der Schüler/ Die Schülerin wohnt bei	<input type="checkbox"/> Mutter und Vater	<input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater

Schulbesuch	Erste Einschulung	Wiederholte Klassen
	Zuletzt besuchte Schule	

Klasseneinteilung	Freundeswunsch 1	Freundeswunsch 2
--------------------------	------------------	------------------

Unterricht gewünscht in	<input type="checkbox"/> Ev. Religion <input type="checkbox"/> Werte und Normen	Bitte unbedingt ankreuzen!
------------------------------------	--	---------------------------------------

Körperbehinderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bemerkungen:
---	---	---------------------

Lese-Rechtschreib- Schwäche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dyskalkulie (Mathe-Schwäche) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
---	--	--

Busfahrkarte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Linie	Haltestelle
--	-------	-------------

Datum, Ort

Anmeldung nur gültig mit Unterschrift beider Erziehungsberechtigten