

# Aufnahmeantrag für die Montessori-Gesamtschule Göttingen

an: **Montessori-Schulen der ASG mbH**  
von-Ossietsky-Str. 70  
37085 Göttingen  
Fax 0551 – 631 11 34  
E-Mail: info@montessori-schule-goettingen.de

## Angaben zum Schüler

Name, Rufname		weitere Vornamen
Anschrift (PLZ, Wohnort)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Muttersprache	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Konfession	Krankenkasse über die der Schüler versichert ist	wohnt bei: <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten 1 <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten 2

## Anmeldung für die Schuljahrgangsstufe

5     6     7     8     9     10     zum Schuljahr: \_\_\_\_\_

## Werdegang

zuletzt besuchte Schule \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Schulform:  Grundschule     Freie Waldorfschule     Förderschule     \_\_\_\_\_

Jahr der Ersteinschulung: \_\_\_\_\_

### Fremdsprachenkenntnisse

Sprache	Frühfremdsprache (z. B. im Kindergarten)	Fremdsprachen- unterricht	Note (falls vorhanden)	von/bis bzw. ab Schuljahrgangsstufe
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Angaben zur Gesundheit

Gesundheitliche Einschränkungen/Allergien    Art: \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten erforderlich (nur wenn durch Schulmitarbeiter im gesetzlichen Rahmen verabreicht werden soll)    Art: \_\_\_\_\_

Einnahmezeiten/Zeitraum/Dosierung \_\_\_\_\_

## Hortbetreuung

wird benötigt       wird nicht benötigt

### Angaben zum Personensorgeberechtigten 1

### Angaben zum Personensorgeberechtigten 2

Frau  
 Herr

Frau  
 Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (falls abweichend vom Schüler)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer (falls abweichend vom Schüler)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (falls abweichend vom Schüler)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort (falls abweichend vom Schüler)

\_\_\_\_\_  
Beruf/Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Beruf/Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Telefon      von - bis

\_\_\_\_\_  
Telefon      von - bis

\_\_\_\_\_  
Telefon      von - bis

\_\_\_\_\_  
Telefon      von - bis

\_\_\_\_\_  
Funktelefon      E-Mail

\_\_\_\_\_  
Funktelefon      E-Mail

### Ansprechpartner im Notfall

Frau  
 Herr

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Funktelefon

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Hinweise und Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift  
Personensorgeberechtigter 1

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift  
Personensorgeberechtigter 2

#### Datenschutzhinweise:

Mit dem Ausfüllen und Versenden des Aufnahmeantrages erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Angaben zur Bearbeitung im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes in unserer EDV erfasst werden. Alle Daten, die Sie an uns übermitteln, werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie werden nicht anderen zur Nutzung zur Verfügung gestellt.