Klinikschule im Rhein-Erft-Kreis

****

Teilstandort: Urfelder Str.221, 50389 Wesseling

**Schulanmeldung durch die/den Erziehungsberechtigte/n**

**Schüler\*in:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht: ⬜ w ⬜ m ⬜ d Nationalität: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Beruf (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sorgerecht: ⬜ gemeinsam ⬜ getrennt Schüler\*in lebt bei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Heimatschule**

Name, Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aktuelle Schulform: ⬜ GS ⬜ HS ⬜ RS ⬜ GY ⬜ GE ⬜ BK ⬜ FS ⬜ Andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Schul-/Klassenwechsel, Wiederholung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schulische/ berufliche Perspektive: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse/Stufe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klassen-/Stufenleitung (Name, Mail): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Leistungskurse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ Grundkurse ⬜ Erweiterungskurse

Fremdsprachen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ letzter Tag i. d. Heimatschule: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggfs. frühere Klinikschulbesuche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entbindung von der Schweigepflicht**

Um die bestmögliche Förderung Ihres Kindes während des Klinikaufenthalts zu gewährleisten, ist ein Informationsaustausch zwischen Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und Lehrkräften erforderlich. Darüber hinaus werden Informationen der Heimatschule und ggf. anderer Schulen benötigt. **Aus diesem Grunde entbinde ich/ entbinden wir die Schule von der Schweigepflicht.**

Datum, Unterschrift/en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_