



Grundschule Stotel

SCHÜLERBOGEN

Name des Kindes			Vorname	
Geburtsdatum			Geburtsort Bremerhaven / Bremen / _____	
Anschrift _____, 27612 Loxstedt-				
Konfession	Staatsangehörigkeit	Linie 576	Haltestelle 240	
Migrationshintergrund (z.B. Türkisch/Kurdisch/Russisch/Portugiesisch/Libanesisch/Italienisch/Spanisch/Polnisch/Serbisch/Albanisch/Bulgarisch/Rumänisch/Sonstige) Migrationshintergrund der Mutter / des Vaters <input type="checkbox"/> Ausländischer Staatsbürger <input type="checkbox"/> Im Ausland geborene und seit 01.01.1950 zugewanderte Personen <input type="checkbox"/> Eingebürgerte <input type="checkbox"/> Kinder, bei denen mindestens ein Elternteil in eine der o.g. Kategorien fallen				
Kindergarten	Wunschkinder (3 Kinder maximal/eventl. Änderungen bitte bis April d. Einschulungsjahres mitteilen)			
Name der Mutter (Titel)			Name des Vaters	
Vorname der Mutter(Titel)			Vorname des Vater	
Kompetenzen der Mutter/Beruf (freiwillig)			Kompetenzen des Vaters/Beruf (freiwillig)	
Anschrift des Erziehungsberechtigten (falls abweichend)				
Telefonnummern				
Allergien und Krankheiten	Folgende allergische Reaktionen sind aufgetreten:			Medikament für den Notfall

Schuleintritt: _____ **Schule:** Grundschule Stotel

Schulwechsel am: _____ **Schule:** _____

Verzogen nach: _____

Schulbesuchsjahr							
Schuljahr							
Klasse							
Bemerkungen *)							

***) FW = Freiwillige Wiederholung**

NV = Nicht versetzt

Bemerkungen:

Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind im Notfall dieses Medikament verabreicht wird. Des Weiteren verpflichte ich mich, Erkrankungen, die in den weiteren Schuljahren auftreten, sofort der Schule zu melden. Kleinere Wunden (Schnitt- und Schürfwunden, Prellungen, Insektenstiche, Splitter o.ä.) werden in der Schule selbst versorgt. Bei größeren Verletzungen und Krankheiten werden vor Ort Ärzte hinzu gezogen. Sollten die Sorgeberechtigten nicht rechtzeitig erreicht werden, ist der Arzt/die Ärztin bevollmächtigt, die notwendigen Behandlungen durchzuführen bzw. zu veranlassen.

Die Weitergabe von Daten erfolgt nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass möglicherweise Foto-, Film- oder Tonaufnahmen aufgezeichnet werden und z.B. im Internet, in der Zeitung etc. zu einer nicht kommerziellen Verwendung veröffentlicht werden dürfen.*)

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass bei Auftreten von Kopfläusen mein/unser Kind durch eine vom Schulträger (Gemeinde Loxstedt) autorisierte Person auf Kopflausbefall untersucht wird.*)

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Name und Telefonnummer den anderen Eltern der Klasse mitgeteilt werden. *)

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Mitarbeiter der GS Stotel mit den Betreuerinnen in den Kindergärten über den Entwicklungsstand meines/unseres Kindes sprechen dürfen.*)

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind mit anderen Eltern, mit Lehrern oder Pädagogischen Mitarbeitern im Privatfahrzeug zu Schulveranstaltungen (Schülertransporte) mitfahren darf.*)

Ich/Wir bestätige(n) die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum / Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

***) Nichtzutreffendes bitte streichen!**