



Schüleraufnahme

Anmeldung

Montessori-Schule Dietramszell
Klosterplatz 1 83623 Dietramszell
www.montessori-dietramszell.de

Montessori-Trägerverein e.V. Dietramszell
Tel: 08027 / 1722
Fax: 08027 / 7230
montessori.dietramszell@t-online.de

Antrag auf Aufnahme in die ____ . Jahrgangsstufe im Schuljahr _____

Kind	Vorname	Nachname	<input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl.
	Geburtsdatum	Geburtsort	
	Staatsangehörigkeit	Religion	wohnt bei <input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater
	kommt von <input type="radio"/> Kindergarten <input type="radio"/> Schule in		

Erziehungsberechtigte Eltern:

Mutter	Vorname	Nachname	
	Straße	PLZ, Ort	
	Tel. privat	mobil	Tel. tagsüber
	E-Mail		Beruf

Vater	Vorname	Nachname	
	Straße	PLZ, Ort	
	Tel. privat	mobil	Tel. tagsüber
	E-Mail		Beruf

Im Notfall	soll verständigt werden: Herr / Frau _____ Tel. _____	
-------------------	--	--

Ort, Datum _____

Unterschrift beide Erziehungsberechtigte _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen (ggf. auf einem weiteren separaten Blatt:)

Was führt Sie zur Montessori-Schule Dietramszell?

Inwieweit kennen Sie unsere Pädagogik?

Was erwarten Sie für Ihr Kind (vom Lehrer, Schulabschluss etc)?

Gibt es erzieherische oder gesundheitliche Probleme z.B. Sprachentwicklung, Konzentrationsfähigkeit, Diabetes etc.? Wird oder wurde Ihr Kind therapeutisch behandelt (z.B. logopädisch)?

Beschreiben Sie bitte Ihr Kind (Begabungen, Interessen, soziales Umfeld) **und legen Sie ein Foto Ihres Kindes bei.**