



Anmeldung Schüleraufnahme

Montessori-Schule Dietramszell
 Dietramszell Dietramszell www.montessori-
 Fax: 08027
 schulbuero@montessori-dietramszell.de

Trägerverein e.V. Klosterplatz 1, 83623
 dietramszell.de Tel.: 08027 1722
 7230

Antrag auf Aufnahme in die 1. Jahrgangsstufe im Schuljahr _____

Kind	Vorname	Nachname	<input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl. <input type="radio"/> divers
	Geburtsdatum	Geburtsort	wohnt bei Eltern <input type="radio"/>
	Staatsangehörigkeit	Religion	<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 (freiwillige Angabe)

Vater	Vorname	Nachname	
	Straße	PLZ, Ort	
	Tel. privat	Mobil	Tel. tagsüber
	E-Mail		Beruf (freiwillige Angabe)

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

Frage	Dürfen wir beim Kindergarten/Schule Auskünfte über Ihr Kind einholen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Montessori-Kindergarten
--------------	--

ElternInfo	Für unsere Arbeitskreise freuen wir uns über Ihre Talente! Wie möchten Sie sich in die Schule einbringen, welches besondere Talent haben Sie?
-------------------	---

Ort, Datum _____

Unterschrift beide Erziehungsberechtigte _____

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

1. Was führt Sie zur Montessori-Schule Dietramszell?

2. Inwieweit kennen Sie unsere Pädagogik?

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

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

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

