



# Anmeldung Schüleraufnahme

## Quereinstieg

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

**Montessori-Trägerverein e.V.**  
 Dietramszell  
 Tel.: 08027 1722  
 Fax: 08027 7230  
 schulbuero@montessori-dietramszell.de

Antrag auf Aufnahme in die \_\_\_\_\_ . Jahrgangsstufe im Schuljahr \_\_\_\_\_

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

### Erziehungsberechtigte Eltern:

<b>Mutter</b>	Vorname	Nachname		
	Straße	PLZ, Ort		
	Tel. privat	Mobil	Tel. tagsüber	
	E-Mail			Beruf (freiwillige Angabe)

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

<b>Im Notfall</b>	soll verständigt werden: Herr / Frau _____ Tel. _____
<b>Frage</b>	Dürfen wir gegebenenfalls mit der abgebenden Schule Kontakt aufnehmen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Eltern-Info</b>	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 sind Ihre Beweggründe für einen Schulwechsel?

2. Was führt Sie zur Montessori-Schule Dietramszell?

3. Inwieweit kennen Sie unsere Pädagogik?

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

5. Gibt es schulische Bereiche, in denen Ihr Kind besondere Unterstützung benötigt/erhält?  
Wurde eine Empfehlung für eine Überprüfung auf Legasthenie/Dyskalkulie ausgesprochen?

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

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

Gibt es Geschwister?  
Name(n)

Alter

Schule