



Montessori-Trägerverein e.V. und Montessori-Schule Dietramszell
 Staatl. genehmigte Grund- und Mittelschule

Anmeldung Schüleraufnahme

Montessori-Schule Dietramszell
 Klosterplatz 1, 83623 Dietramszell

Montessori Trägerverein
 e.V. Dietramszell
 Tel.: 08027/1722
 Fax: 08027/7230

www.montessori-dietramszell.de

schulbuero@montessori-dietramszell.de

Antrag auf Aufnahme in die ____ . Jahrgangsstufe im Schuljahr _____

Quereinstieg

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"/> Schule in _____ <input type="radio"/> Klasse _____ <input type="radio"/> Klassenleitung _____ Anschrift _____		

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 gegebenenfalls mit der abgebenden Schule Kontakt aufnehmen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--------------	---

Eltern-Info	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