



Zu den folgenden Angaben sind die Eltern nach § 83 Abs. 1 und 3 des Hessischen Schulgesetzes verpflichtet.

**Schülerin/Schüler:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Herkunftssprache \_\_\_\_\_

Geschlecht: m/w

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

Staatsangehörigkeit: deutsch  sonstige: \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Teilnahme am Religionsunterricht: ev. <input type="checkbox"/> keine Teilnahme <input type="checkbox"/>
---

**Eltern:**

Name des Vaters \_\_\_\_\_ Vorname des Vaters \_\_\_\_\_

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers) \_\_\_\_\_

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Vorname der Mutter \_\_\_\_\_

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse der Schülerin/des Schülers) \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigung: \_\_\_\_\_

Im Notfall erreichbar: \_\_\_\_\_  
Telefon/Handy \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## **Freiwillige Angaben:**

(gemäß § 7 abs. 2 des Hessischen Datenschutzgesetzes)

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_

Kindergartenbesuch: ja  \_\_\_\_\_ nein   
von – bis

Name des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Bei ausländischen Kindern: In Deutschland seit \_\_\_\_\_

Tetanusimpfung: ja  \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ nein

Masernimpfung: ja  \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_ nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Fotos auf der Website der Schule oder für Zeitungsartikel verwendet werden. ja  nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die zuständigen Lehrer mit den Erzieherinnen des Kindergartens Informationsgespräche zum Übergang meines Kindes in die Schule führen dürfen. ja  nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die zuständigen Lehrer in Rücksprache mit mir/uns mit außerschulischen Einrichtungen, die an der Erziehung und Förderung meines/unseres Kindes beteiligt sind (z. B. Logopäden, Therapeuten, Hort-Erzieherinnen), Informationsgespräche führen dürfen.

Bitte geben Sie die Adresse von Ärzten, Logopäden, Therapeuten usw. weiter an, in deren Behandlung sich Ihr Kind befindet.

ja  nein

Ich/Wir wünschen ein persönliches Gespräch mit der Schulleitung ja  nein

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass unsere Telefonnummer auf der Klassenliste veröffentlicht wird. ja  nein

Diese Einverständniserklärungen gelten für die Dauer der Grundschulzeit.

Informationen, die die Schule beachten sollte (z. B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Allergien und körperliche Behinderungen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)