



Die angegebenen Daten werden unter  
Berücksichtigung der §§ 1-6 und 22-30  
Bundesdatenschutz gespeichert

## Anmeldung für die Musisch-Aktive Montessori-Schule Bad Tölz

### Personalien des Kindes

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

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

männlich  weiblich  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Jahrgangsstufe: \_\_\_\_\_

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_ deren Alter: \_\_\_\_\_

Zuständige Regelschule: \_\_\_\_\_

(Bitte genaue Bezeichnung)

Nachmittagsbetreuung: 2 Tage  3 Tage  4 Tage  5 Tage  Keine

### Besucher Kindergarten bzw. besuchte Schule:

Name: \_\_\_\_\_ von - bis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ von - bis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ von - bis: \_\_\_\_\_

Allergien gegen: \_\_\_\_\_

Mit wem ist das Kind krankenversichert? \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Arzt/Ärztin:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Personalien der Eltern:

Mutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

Adresse, falls abweichend vom Kind: \_\_\_\_\_

Beruf, ggf. Arbeitsstätte (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar: privat \_\_\_\_\_ Arbeit \_\_\_\_\_

Vater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.dat.: \_\_\_\_\_

Adresse, falls abweichend vom Kind: \_\_\_\_\_

Beruf, ggf. Arbeitsstätte (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

Telefonisch erreichbar: privat \_\_\_\_\_ Arbeit \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall noch verständigt werden?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r

Bitte beschreiben Sie uns Ihr Kind unter der Berücksichtigung einiger Punkte:

Hat es besondere Begabungen, Interessen, Hobbies?

---

---

Bestehen oder bestanden gesundheitliche Probleme oder Auffälligkeiten, z.B. Sprachentwicklung, Wahrnehmung etc.? Falls ihr Kind bereits eine Klasse wiederholt hat, geben Sie bitte an, welche und warum.

---

---

Besucht/e es eine heilpädagogische oder logopädische Behandlung, etc? Seit wann und wie lange?

---

---

Was erwarten Sie für sich und Ihr Kind von der Schule? Bestimmter Schulabschluss, Verhalten der Lehrer

---

---

---

---

Kennen Sie bereits die Montessori-Pädagogik? Ja, einiges  Ja, aber wenig  Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Sind Sie einverstanden, dass Ihre Adresse und Telefonnummer an die anderen Familien der Montessori-Schule weiter gegeben werden, damit Fahrgemeinschaften etc. gebildet werden können?

Ja  Nein  Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte bei Einschulung Gesundheitszeugnis und bei Schulwechsel letztes Zeugnis (Kopie) beilegen.