



## Antrag auf Aufnahme DFK/SVE

zum Schuljahr 2025/26

gewünschte Aufnahme:       Schule (DFK)  
     Schulvorbereitende Einrichtung (SVE Ismaning)

<b>KIND: Name, Vorname</b>		♀      ♂	Jahrgangsstufe/ kommendes Schuljahr	
<b>Religion</b>	<b>Geburtstag, Geburtsort</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>In Deutschland seit:</b>	
		<b>Erstsprache</b>	<b>Zweitsprache</b>	
<b>KIND Adresse</b>		<b>Telefon (Eltern)</b>	<b>E-Mail (Eltern)</b>	
<b>Mein Kind besucht jetzt den Kindergarten / Adresse Kindergarten</b>			<b>Kindergarten Telefon</b>	
<b>Zuständige Sprengel-Grundschule</b>				
<b>Mutter:</b> Name, Vorname		<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Herkunftsland</b>	
<b>Vater:</b> Name, Vorname		<b>Staatsangehörigkeit</b>	<b>Herkunftsland</b>	
<b>Sorgeberechtigung:</b> <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige _____				
<b>Auskunfts berechtigung:</b> <input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater				
Adresse <u>wenn abweichend</u> vom Kind				
ggf. Name des Vormunds, Adresse				
<input type="checkbox"/> Ich/Wir beantrage/n für das obengenannte Kind die Aufnahme in das Förderzentrum Unterschleißheim				
<input type="checkbox"/> Ich/Wir komme/n auf Empfehlung von:				

Förderbedarf		
<b>Festgestellter Förderbedarf:</b>	<b>Diagnose</b>	Arztberichte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bisher durchgeführte Therapien</b>	Physiotherapie _____ pro Woche Ergotherapie _____ pro Woche Logopädie _____ pro Woche Heilpädagogik _____ pro Woche	Behandelnder Arzt Behandelnde Ärztin
<b>Schweigepflichtentbindung</b>		
Hiermit entbinde ich die nachfolgend genannten Personen		
<b>Kindergarten/HPT:</b>	_____	<b>Tel.</b> _____
<b>Kinderarzt/Kinderärztin:</b>	_____	<b>Tel.</b> _____
Klinik:	_____	<b>Tel.</b> _____
Schulen:	_____	<b>Tel.</b> _____
Gemeinde / Stadt:	_____	<b>Tel.</b> _____
weitere:	_____	<b>Tel.</b> _____
und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rupert-Egenberger-Schule: _____		
gegenseitig von der Schweigepflicht.		
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass Informationen bezüglich meiner Tochter/meines Sohnes ausgetauscht werden. Dies betrifft auch die Ergebnisse von durchgeführten diagnostischen Verfahren.		
....., den .....	.....	.....
Ort	Datum	<b>Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten</b>

Ort, Datum:

Unterschleißheim,  
.....

**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:**  
.....

Unterschrift Schulleitung:  
.....

**Bitte zum Termin mitbringen:**

- Geburtsurkunde/Ausweis       U9 / U8       Gutachten/Fremdtest       Sorgerechtsbeschluss  
 Schuleingangsuntersuchung       Impfausweis/Masernimpfnachweis

Antrag gedruckt am: 21.11.2024 09:48

Stand 10/2022