



Elbschule Wedel  
Förderverein e.V.

# SCHULANMELDUNG

Schuljahr 2024/2025

## 1. ANMELDEFORMULAR

Füllen Sie die beigelegten Unterlagen aus und senden diese bitte postalisch an: Elbschule Wedel, Bahnhofstr. 55, 22880 Wedel.

## 2. KENNENLERNEN DER KINDER

Im Rahmen einer unterrichtsähnlichen Spiel- und Arbeitssituation in kleinen Gruppen von je 3-5 Kindern findet ein Kennenlernen der Kinder statt. Anhand dessen wird sich ein umfassendes Bild des Kindes gemacht, um eine harmonische Klassengemeinschaft zu gewährleisten, in der das Individuum sich gut entwickeln kann.

## 3. EINZELGESPRÄCH

Während des Kennenlernens der Kinder werden Einzelgespräche mit den Eltern durchgeführt. Hier sollen offene Fragen und Anliegen besprochen werden.



Elbschule Wedel  
Förderverein e.V.

Bitte fügen Sie hier ein aktuelles Foto  
Ihres Kindes hinzu

## ANMELDEFORMULAR

Personalien des Kindes

VORNAME	
NACHNAME	
GEBURTSDATUM	



Elbschule Wedel  
Förderverein e.V.

GEBURTSORT	
BESUCHTER KINDERGARTEN	
DERZEIT BESUCHTE SCHULE UND AKTUELLE KLASSE	
NACHMITTAGSBETREUUNG INKL MITTAGESSEN ERWÜNSCHT?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
BESTEHT FÜR DAS KIND FÖRDERBEDARF?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
ANMELDUNG ELBSCHULE WEDEL	Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> Klasse 5 <input type="checkbox"/> Klasse 6 <input type="checkbox"/>

## Erziehungsberechtigte und Geschwister

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE 1

VORNAME, NAME	
GEB. AM	
ADRESSE (STR / NR / PLZ / ORT)	
TELEFON	
E-MAIL	
BERUF	

### ERZIEHUNGSBERECHTIGTE 2

VORNAME, NAME	
GEB. AM	
ADRESSE (STR / NR / PLZ / ORT)	
TELEFON	
E-MAIL	
BERUF	

### GESCHWISTER

VORNAME, NAME, ALTER	



Elbschule Wedel  
Förderverein e.V.

## Anschreiben

Begründen Sie in persönlichen Worten Ihren Wunsch nach Aufnahme an unserer Schule.

# Fragebogen zur Entwicklung des Kindes zur Aufnahme in die 1./2. Klasse

## Persönliche Daten:

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  gemeinsames  alleiniges bei: \_\_\_\_\_  Pflegekind

Besondere Aufenthaltsregelung: \_\_\_\_\_

Von wem wird das Kind vorrangig erzogen? \_\_\_\_\_

## Frühkindliche Entwicklung:

**Schwangerschaft:**  unauffällig  Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**Geburt:**  normal  Komplikationen: \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

**Säuglingszeit:**  Ernährungsbesonderheiten: \_\_\_\_\_

War der Säugling:  ruhig  lebhaft  unruhig

Schlaf: \_\_\_\_\_

Erste Zähne, wann: \_\_\_\_\_

**Motorische Entwicklung:** Robben / Krabbeln:  normal  auffällig \_\_\_\_\_

Probleme bzw. Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Therapien/ Förderungen: \_\_\_\_\_

## Kleinkindalter:

Betreuung:  häusliche Betreuung  U3 & Kindergarten  Tagespflege

Freies Laufen wann: \_\_\_\_\_ wie: \_\_\_\_\_

Trocken ab tags: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

**Sprachliche Entwicklung:** Wann/ wie begann Ihr Kind zu sprechen: \_\_\_\_\_

Zweiwortsätze ab: \_\_\_\_\_ Ich-Sagen ab: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Zweisprachigkeit:  nein  ja \_\_\_\_\_

Therapien / besondere Förderungen: \_\_\_\_\_

**Gesamtentwicklung:** Beschäftigte sich Ihr Kind gerne allein?  ja  nein Womit? \_\_\_\_\_

Wie war es im Kontakt zu Erwachsenen/ zu Kindern? Gab es Kontaktschwierigkeiten?

nein  ja \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten / Auffälligkeiten im Verhalten?  nein  ja: \_\_\_\_\_

## Kindergartenalter/Vorschulalter:

### **Körperliche Entwicklung:**

Sehen:  normal  kurzsichtig  weitsichtig  anderes: \_\_\_\_\_

Hören:  normal  anderes: \_\_\_\_\_

Sprache: Besonderheiten/ Probleme:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Motorik:  normal  anderes: \_\_\_\_\_

Therapien/Förderungen (laufende, abgeschlossene): \_\_\_\_\_

**Kindergartenbesuch** seit \_\_\_\_\_ im \_\_\_\_\_

Geht ihr Kind gerne / nicht gerne in den Kindergarten? Warum?

\_\_\_\_\_

Was wissen sie über das Verhalten und die Beziehungen in der Gruppe?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

## Gesundheit:

### **Bestehende gesundheitliche Besonderheiten und Einschränkungen:**

Allergien, Asthma, Unfälle, regelmäßige Medikamente, chronische Erkrankungen, Hautprobleme, schwere Erkrankungen, Schock, Operationen, Bettnässen, traumatische Erlebnisse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Impfungen wurden durchgeführt: \_\_\_\_\_

## Ernährung:

Hat ihr Kind besondere Gewohnheiten, Bedürfnisse, Diäten, Unverträglichkeiten:

\_\_\_\_\_

## Bewegung und Spiel

Bewegt sich ihr Kind gern:  ja  nein

Was macht es besonders gern:  Hüpfen  Rennen  Balancieren  Klettern

Radfahren  Tanzen  Ballspielen  anderes: \_\_\_\_\_

Bastelt Ihr Kind gern:  ja  nein Was? \_\_\_\_\_

Malt Ihr Kind gern:  oft  selten  nie

Singt Ihr Kind gern:  ja  nein

Spielt Ihr Kind mehr:  drinnen  draußen

Was tut Ihr Kind am liebsten drinnen: \_\_\_\_\_

Was draußen: \_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind allein  gern  selten  nie

### Ruhe und Erholung:

Legt Ihr Kind von sich aus Ruhepausen ein  ja  nein

Was macht Ihr Kind, um sich zu erholen: \_\_\_\_\_

Wie ausgeprägt ist ihr/sein Ruhebedürfnis: \_\_\_\_\_

**Schlafverhalten:** Wie schläft Ihr Kind ein? \_\_\_\_\_

Wie oft / wacht Ihr Kind nachts auf? \_\_\_\_\_

Wie wacht Ihr Kind morgens auf? \_\_\_\_\_

### Umgang mit anderen Menschen

Ist Ihr Kind  kontaktfreudig  schüchtern  gehemmt  unterschiedl. bei Erwachsenen/ Kindern

\_\_\_\_\_

### Besonderheiten

Sonstige besondere Vorlieben / Fähigkeiten/ Gewohnheiten/ Bedürfnisse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was freut Sie besonders an Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es etwas, das Ihnen Sorgen bereitet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erziehung:

Gibt es besondere oder schwierige Situationen bei der Erziehung:  nein  ja

welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erwarten Sie von Ihrem Kind schon die Einhaltung von **Regeln**:  nein  ja

Beispiele \_\_\_\_\_

Kann es sich gut an Regeln halten: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind regelmäßige häusliche Pflichten:  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen festen **Tagesrhythmus**:  nein  ja

welchen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medien:

Welche Medien ( analog und digital) mag Ihr Kind?

Nutzt Ihr Kind eigenständig digitale Medien wie Playstation, Computer, Handy ,CD-Player, Fernseher etc.?

nein  ja: \_\_\_\_\_

---

Darf ihr Kind im Fernsehen oder Computer Filme anschauen?  ja  nein

Stehen Ihrem Kind im Kinderzimmer digitale Medien zur Verfügung?  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_

### **Erziehungsziele:**

Was ist Ihnen in der familiären Erziehung Ihres Kindes besonders wichtig? \_\_\_\_\_

---

Welche Erwartungen verbinden sie mit dem Besuch einer Waldorfschule?

Für Ihr Kind: \_\_\_\_\_

---

Für sich: \_\_\_\_\_

---

Kenntnis von der Waldorfpädagogik durch: \_\_\_\_\_

---

Wodurch sind Sie auf unsere Schule aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Bitte senden Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses mit.**

(nicht für die Anmeldung in die 1. Klasse zutreffend)