



Elbschule Wedel
Förderverein e.V.

SCHULANMELDUNG

Schuljahr 20____/20____

1. ANMELDEFORMULAR

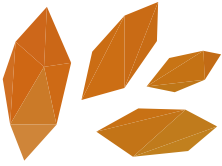
Füllen Sie die beigelegten Unterlagen aus und senden diese bitte postalisch an: Elbschule Wedel, Bahnhofstr. 55, 22880 Wedel.

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.



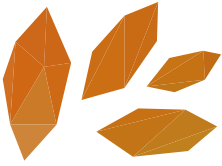
Elbschule Wedel
Förderverein e.V.

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 ___

Erziehungsberechtigte und Geschwister

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE 1

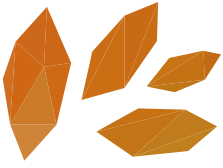
VORNAME, NAME	
GEB. AM	
ADRESSE (STR / NR / PLZ / ORT)	
TELEFON	
E-MAIL	
BERUF	

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 5.-7. 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/ Kindergartenalter:

Betreuung: häusliche Betreuung U3 & Kindergarten Tagespflege

Kindergartenbesuch seit _____ im _____

Sprachliche Entwicklung: Wann/ wie begann Ihr Kind zu sprechen: _____

Muttersprache: _____ Zweisprachigkeit: nein ja _____

Sprache: Besonderheiten/ Probleme: nein ja: _____

Therapien / besondere Förderungen: _____

Körperliche Entwicklung:

Sehen: normal kurzsichtig weitsichtig anderes: _____

Hören: normal anderes: _____

Motorik: normal anderes: _____

Therapien/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 _____

Grundschulalter:

Körperliche Entwicklung:

Sehen: normal kurzsichtig weitsichtig anderes: _____

Hören: normal anderes: _____

Sprache: Besonderheiten/ Probleme: nein ja: _____

Motorik: normal anderes: _____

Therapien/Förderungen (laufende, abgeschlossene): _____

Welche Fächer mochte Ihr Kind besonders in der Grundschule?

Womit hat sich Ihr Kind schwer getan?

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 gerne 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? _____

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:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Bitte senden Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses mit.