

# Frageblatt zur Schulanmeldung 2026/27

Grundschule Neu-Ulm-Weststadt  
Schießhausallee 7, 89231 Neu-Ulm

## Schüler/in

|                                         |                     |                     |            |  |  |
|-----------------------------------------|---------------------|---------------------|------------|--|--|
| Familienname, Rufname, weitere Vornamen |                     |                     | Anschrift: |  |  |
|                                         |                     |                     |            |  |  |
| Geburtsdatum                            | Bekenntnis/Religion | Staatsangehörigkeit | Tel./Fax   |  |  |
|                                         |                     |                     |            |  |  |
| Geburtsort (Landkreis, Land)            |                     |                     | Email      |  |  |
|                                         |                     |                     |            |  |  |
| besuchter Kindergarten                  |                     | wie lange (Monate)  | Gruppe     |  |  |
|                                         |                     |                     |            |  |  |

## Erziehungsberechtigte/r

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| Vater, Vormund, etc.          | Adresse (falls abweichend von oben)      |
| Vater                         | Telefonnummer/ Privat/Geschäftlich/Mobil |
| Name, Vorname                 |                                          |
|                               |                                          |
| Mutter, Erziehungsberechtigte | Adresse (falls abweichend von oben)      |
| Mutter                        | Telefonnummer/ Privat/Geschäftlich/Mobil |
| Name, Vorname                 |                                          |
|                               |                                          |

## Schülerbetreuung (wenn nicht Erziehungsberechtigte/r)

|                                                               |                                    |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Verhältnis zum Schüler (Verwandter, Pflegemutter, Heimleiter) | Adresse (falls abweichen von oben) |
|                                                               |                                    |
| Name, Vorname (oder Bezeichnung des Heimes)                   |                                    |
|                                                               |                                    |

|                                                                                                                  |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-----------|------|------------|--|------------|
| Zahl der Geschwister, Geburtsjahre                                                                               |                                                                                                          | 20             | /20          | /20       | /20  | /20        |  |            |
| Kind kommt von                                                                                                   | Elternhaus                                                                                               |                | Pflegeeltern |           | Heim |            |  |            |
| Kindergartenbesuch                                                                                               | ja                                                                                                       | Monate         |              | nein      |      |            |  |            |
| Angaben über                                                                                                     |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
| besondere körperliche, geistige oder charakterliche Eigenarten des Kindes                                        |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
| besondere Belastungen der Erziehungsberechtigten                                                                 |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
| Vorgelegte Urkunden                                                                                              |                                                                                                          | Geburtsurkunde |              | Stammbuch |      | Taufschein |  | Impfschein |
| Betreuung nach der Schule                                                                                        | <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung <input type="checkbox"/> Zuhause |                |              |           |      |            |  |            |
| Wird das Kind zu Hause nachmittags betreut?                                                                      |                                                                                                          | ja, von        |              | nein, wo? |      |            |  |            |
| Wer soll bei evtl. Erkrankungen oder Unfall während des Unterrichts verständigt werden? (Bitte Tel. Nr. angeben) |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
| Anschrift des Hausarztes                                                                                         |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |
| Krankenversicherung des Kindes                                                                                   |                                                                                                          |                |              |           |      |            |  |            |

Freiwillige Angaben

Der folgende Fragenkatalog dient der Information des Lehrers, damit er auf evtl. Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten Ihres Kindes angemessen eingehen kann. Sämtliche Angaben sind freiwillig.

Überstandene Krankheiten:

|                          |        |                          |           |                          |            |                          |             |                          |            |
|--------------------------|--------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Masern | <input type="checkbox"/> | Scharlach | <input type="checkbox"/> | Diphtherie | <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | <input type="checkbox"/> | Windpocken |
| <input type="checkbox"/> | Röteln | <input type="checkbox"/> | Mumps     | <input type="checkbox"/> | andere     |                          |             |                          |            |

Es besteht Neigung zu folgenden Krankheiten:

|                          |            |                          |              |                          |                             |                          |               |                          |        |
|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Angina     | <input type="checkbox"/> | Ohrenleiden  | <input type="checkbox"/> | Bronchitis                  | <input type="checkbox"/> | Hautausschlag | <input type="checkbox"/> | Asthma |
| <input type="checkbox"/> | Bettnässen | <input type="checkbox"/> | Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | Andere schwere Krankheiten: |                          |               |                          |        |

Wir bitten die Lehrkräfte unseres Kindes folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

|                          |                      |                          |                 |                          |                 |                          |          |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Gehörschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | Kurzsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | Weitsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | Stottern |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------|

Unser Kind hat folgende Sprachfehler:

Unser Kind muss folgende Medikamente einnehmen:

|  |
|--|
|  |
|--|

Sonstiges

Kreuzen Sie bitte an! Unser Kind ist

|                          |            |                          |             |                          |            |                          |                 |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | katholisch | <input type="checkbox"/> | evangelisch | <input type="checkbox"/> | muslimisch | <input type="checkbox"/> | andere Religion |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------------|

☐ Unser Kind ist ungetauft und soll den Ethikunterricht besuchen.

Unser Kind ist ungetauft und soll folgenden Religionsunterricht besuchen:

|                          |            |                          |             |  |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> | katholisch | <input type="checkbox"/> | evangelisch |  |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------------|--|

Die Muttersprache unseres Kindes ist nicht Deutsch! Es soll daher den muttersprachlichen Ergänzungsunterricht (=MEU) besuchen:

|                          |    |                          |      |
|--------------------------|----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
|--------------------------|----|--------------------------|------|

An unserer Schule gibt es den MEU in türkischer Sprache. Er findet einmal in der Woche statt und dauert voraussichtlich e i n e Schulstunde, für die wir die Kinder aus dem regulären Unterricht der Klasse herausnehmen und von einem ausländischen Lehrerkollegen unterrichten lassen.

Ob Sie diesen Unterricht für Ihr Kind wollen, bitten wir gründlich zu überlegen. Denn am Tag der Einschreibung müssen Sie eine verbindliche Erklärung unterschreiben!

Erklärung zur Teilnahme am Sportunterricht:

|                          |                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unser Kind ist gesund und kann am Sportunterricht uneingeschränkt teilnehmen. |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                                                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unser Kind kann an manchen Übungen ( ) nicht teilnehmen. |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|

Wir sind darüber informiert, dass unser Kind gegen Verletzungen, die durch das Tragen von Ohrringen, Armbändern u. ä. entstehen, im Rahmen der schulischen Versicherung nicht versichert ist.

Neu-Ulm, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten