



## Aufnahme-Antrag und Elterngespräch für Schülerinnen und Schüler der Freien Waldorfschule Dessau

Träger:

**Freie Waldorfschule Dessau-Roßlau e.V.**

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der  
Freien Waldorfschule Dessau und möchten Sie bitten;  
diese (in Hinblick auf eine Aufnahme unverbindliche)

Anmeldung vollständig\*  
auszufüllen und postwendend zurückzuschicken.

Selbstverständlich werden ihre Angaben  
streng vertraulich behandelt.

**Bitte tragen Sie alles gut lesbar ein.**

Bei der Aufnahme von bereits schulpflichtigen  
Kindern bitten wir Sie, eine Kopie  
des letzten Zeugnisses beizufügen.

Bitte kleben Sie **HIER** ein aktuelles Foto  
Ihres Kindes ein.

\*Alle Angaben (inkl. Foto) sind freiwillig.

Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ m  / w

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Für die 1. Klasse im Schuljahr 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für die \_\_\_\_\_. Klasse im Schuljahr 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Schulwechsel)



<b>Personalien des Kindes</b>			
Nachname			
Vorname			
m <input type="checkbox"/>		w <input type="checkbox"/>	
Geburtstag			
Geburtsort			
Nationalität			
Religion			
Bisher besuchte Einrichtungen (Schule/ Kindergarten)			
Von	Bis	Einrichtung	Klasse
<b>Familienanschrift</b>			
Straße			
PLZ			
Ort			
Telefonnummer			
E-Mail			



<b>Personalien der Mutter</b>			
Nachname			
Vorname			
Geburtstag			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Adresse (Falls abweichend von Familienadresse)			
Mobil			
Tel. dienstlich			
E-Mail			
Berufliche Fähigkeiten			
<b>Personalien des Vaters</b>			
Nachname			
Vorname			
Geburtstag			
Geburtsort			
Staatsangehörigkeit			
Adresse (Falls abweichend von Familienadresse)			
Mobil			
Tel. dienstlich			
E-Mail			
Berufliche Fähigkeiten			
<b>Sorgerecht (Pflichtfeld)</b>			
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Getrennt lebend
<input type="checkbox"/> andere (z.B. Pflegeeltern) Name und Anschrift			



<b>Geschwister des Kindes</b>			
Name			
Geburtstag			
Schule/ Kiga		Klasse	
Name			
Geburtstag			
Schule/ Kiga		Klasse	
Name			
Geburtstag			
Schule/ Kiga		Klasse	
Name			
Geburtstag			
Schule/ Kiga		Klasse	
<b>Gesundheitliche Angaben zum Kind</b>			
Wann wurde Ihr Kind letztmalig gegen Tetanus und Masern geimpft?			
Krankenkasse (Wo, durch wen versichert)			
Kinderkrankheiten			
Gesundheitliche Besonderheiten (z.B. Operationen, Allergien, chron. Krankheiten)			
Bestehender Förderbedarf (bei Schulwechsel)			
Durchgeführte Therapien (Physio-, Psycho-, Ergo-, Sprachtherapie)			
Allgemeiner Gesundheitszustand (Kindergarten-/Vorschulzeit, Schulzeit)			



## **Über Ihr Kind**

Beschreiben Sie Ihr Kind. Was macht ihm Freude? Worin hat es Schwierigkeiten? Welche Interessen und Anlagen hat es? Bitte formulieren Sie frei!



Haben Sie und Ihre Familie sonstige Beziehungen zur Waldorfpädagogik? Welche Gründe veranlassen Sie, Ihr Kind unserer Schule anzuvertrauen?

Welche Fähigkeiten und Kenntnisse bringen Sie als Eltern mit, um sich in unserer Schule einbringen zu können (bspw. über Projekte, Baukreis, Bastelkreis, Öffentlichkeitskreis etc.)

Wir haben unser Kind parallel an folgender Schule angemeldet:

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Mutter: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vater: \_\_\_\_\_