

Aufnahme-Antrag

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Bitte ein Pass-Bild beifügen!

1. Wir bitten um Aufnahme von:

Familienname: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ in: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Erziehungsberechtigt: _____

Besucher Kindergarten bzw. Vorschule: _____

Schule: _____ Tag der Ersteinschulung: _____

Außerdem besuchte Schulen:

von - bis: _____ in Klasse: _____
Schule: _____

von - bis: _____ in Klasse: _____
Schule: _____

Eltern:

| | Vater | Mutter |
|---------------------|-------|--------|
| Familienname | | |
| Geborene | | |
| Vorname | | |
| Geburtstag | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Strasse | | |
| Wohnort (mit PLZ) | | |
| Telefon | | |
| Erlerner Beruf | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |
| Firma | | |

2. Geschwister des Kindes:

| Vorname | geb. am | Schule / Klasse |
|---------|---------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

3. Woher kennen Sie die Waldorfschule?

4. Wo sehen Sie die besonderen Schwierigkeiten Ihres Kindes, die eine Aufnahme in eine Kleinklasse erforderlich erscheinen lassen?
(Ausdauer, Soziales, körperliche Behinderung)

5. Angaben der Eltern zur körperlichen Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft: _____

Zeitpunkt der Geburt (nach ____ Monaten):

Besondere Umstände und
Zustand des Kindes bei der Geburt: _____

Durchgestandene Krankheiten des Kindes (Altersangabe): _____

Kinderkrankheiten: _____

Sonstige Krankheiten: _____

Unfälle: _____

Operationen: _____

Krankheiten in der Familie, die auf das Kind einen Einfluss gehabt haben könnten:
(Eltern, Großeltern –väterlicher- / mütterlicherseits, Geschwister)

Besonderheiten in der Ernährung des Kindes / Medikamente / Vergiftungen /

Impfungen mit Jahresangabe (Impfbuch): _____

Gehen gelernt mit _____ Monaten.

Sprechen gelernt (erste Worte) mit _____ Monaten/Jahren.

Sauberkeit mit _____ Jahren.

Zahnwechsel: _____

Welche Zähne (Schneidezähne/Backenzähne): _____

Schlafen: _____

Schwitzen: _____

Durst: _____

Essensgewohnheiten: _____

Wetterfühligkeit: _____

Hörfehler: _____ Sehfehler: _____

Rechtshändigkeit: _____ Linkshändigkeit: _____

6. Angaben zur seelischen und sozialen Entwicklung des Kindes:
(Sozialverhalten, Reaktion und Anforderungen, auf Enttäuschungen; Bewegungsdrang, Ausdauer)

Wie hat sich die Sprache bis heute entwickelt?

7. Besondere therapeutische und erzieherische Maßnahmen:
(Gymnastik, Heileurythmie, ärztliche Betreuung, Sprachheilunterricht, heilpädagogische Betreuung, psychologische Untersuchungen)

Bitte geben Sie Namen der Therapeuten, Zeitpunkt, Dauer und Erfolg der Behandlung an:

8. Wobei kann Ihr Kind schon helfen, was kann es schon allein tun?
(sich waschen, anziehen; kleine Einkäufe machen; Haustiere versorgen;)

9. Hat Ihr Kind besondere Vorlieben?
(Musikinstrument, Turnen, Spielen)

10. Spielt Ihr Kind gerne allein oder eher mit anderen?
(Geschwister, Freunde, Klassenkameraden, Erwachsene)

11. Raum für weitere Angaben:

12. Ich bin damit einverstanden (falls mein Kind auf die Warteliste kommen sollte), dass die Unterlagen bis zu einer endgültigen Entscheidung in der Raphael-Schule verbleiben dürfen.

zutreffendes bitte ankreuzen:

ja

nein

Ort, Datum

Unterschrift

Email-Adresse: _____

Anlagen: