



Terminvergabe für die Anmeldung montags, mittwochs, freitags von 08:00 Uhr bis 12:00
unter 0541 323 81100

Grundschule **Altstädter Schule**

Miteinander leben
lernen wachsen

Lotter Straße 6
49078 Osnabrück

☎ 0541 323 81100
Fax: 0541 323 81199

✉ info@altstaedter-grundschule.de
<https://www.altstaedter-grundschule.de>

Anmeldung für das Schuljahr 2023/2024

Nachname (des Kindes):	Vorname (des Kindes):	Kann-Kind (Stichtag 1.10.17) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift:		Telefon:
E-Mail-Adresse:		Handy:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit:	Herkunftsland:	Sprache:
	In Deutschland seit:	
Bekenntnis: <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch-lutherisch <input type="checkbox"/> andere Konfession <input type="checkbox"/> ohne Konfession	Teilnahme am konfessionell-kooperativen Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilnahme an Werte und Normen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Erziehungsberechtigte:	Mutter (Name):	Vater (Name):
Anschrift und Telefon (falls von oben abweichend):	Straße	Telefon
Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> nur die Mutter <input type="checkbox"/> nur der Vater <input type="checkbox"/> andere Personen	Wenn nur ein Elternteil sorgenberechtigt ist, bitte eine Sorgerechtsbescheinigung vorlegen. <input type="checkbox"/> hat vorgelegen <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
Mein Kind besuchte eine Kindertagesstätte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name der Kindertagesstätte:		
Schweigepflichtsentbindung: Ich/Wir entbinde(n) hiermit die Kindertagesstätte (Auskunft über den Entwicklungsstand) und das Gesundheitsamt von der Schweigepflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Freunde, die mit in eine Klasse kommen sollten (max. drei Angaben):		

Krankheiten, Beeinträchtigungen (z. B. Allergien):☐ nein☐ ja, welche: _____**Zahngesundheit:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind während der Grundschulzeit an der zahnärztlichen Untersuchung durch den Zahnarzt / die Zahnärztin und des Teams Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück teilnimmt.

Zahnarzt ☐ ja ☐ neinZahngesundheit/
Zahnprophylaxe ☐ ja ☐ nein**Masernschutz** ☐ ja ☐ nein**Der Impfnachweis für den Masernschutz hat vorgelegen.** ☐ ja ☐ nein**Fotoaktion NOZ:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind an der Fotoaktion der NOZ „Mein erster Schultag“ teilnimmt (Foto ohne Namensnennung).

☐ ja ☐ nein**Dokumentation des Schullebens:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation des Schullebens Bilder, auf denen mein Kind zu sehen ist, auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden.

☐ ja ☐ nein**Betreuung im Rahmen der Verlässlichen Grundschule bis 13:00 Uhr erwünscht:**☐ ja ☐ nein**Betreuung im Hort nach 13:00 Uhr:**☐ ja ☐ nein**Von der Schule auszufüllen:**Geburtsurkunde hat vorgelegen: ☐ ja ☐ nein

In der Schule gilt die 3-G-Regel. Sie dürfen mit Ihrem Kind die Schule nur betreten, wenn Sie geimpft, genesen oder getestet (Schnelltest im Schnelltestzentrum) sind. Bitte bringen Sie den Nachweis mit zur Schule. Bei Ihrem Kind genügt ein Selbsttest. Nachweis des / der Erziehungsberechtigten liegt vor. Nachweis des Kindes liegt vor.

Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten

☐ Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten/Fotos/Email-Adressen elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung der Altstädter Schule verwendet und gemäß den gesetzlichen Vorschriften streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Das Informationsblatt gemäß Art. 13 ff. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

☐ Ich / Wir bestätige(n), dass unser Kind nur an dieser Schule angemeldet ist.

Ort, Datum:

Unterschrift: