

Altes Gymnasium Oldenburg



Anmeldung

für Klasse ___

Schuljahr 20__/_

Dieser Aufnahmebogen enthält personenbezogene Daten der Schülerinnen und Schüler und der Erziehungsberechtigten, die gem. § 31 Niedersächsisches Schulgesetz (NSchG) erhoben werden. Gemäß Art.13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten über bestimmte datenschutzrechtliche Bestimmungen zu informieren. Diese Informationen finden Sie in Papierform im Sekretariat zur Einsicht sowie in unserem Schulplaner zum Schulstart.

Bei den mit * gekennzeichneten Angaben handelt es sich um freiwillige Angaben.

Familienname der Schülerin/des Schülers

Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)

Geschlecht

weiblich

männlich

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

26 _____

Geburtsdag

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

deutsch

Herkunftssprache (wenn nicht Deutsch)

Konfession / Religion

ev.-luth.

ev.-ref.

röm.-kath.

ohne

sonstige: _____

Erziehungsberechtigte

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefonnummer*

E-Mail*

Telefon (im Notfall)*

Mutter _____

Vater _____

weitere Ansprechpartner*

Telefon*

Einschulung zum

01. August 20__

Schulbesuch in der Grundschule

GS _____	Kl. ____ bis	Kl. ____
GS _____	Kl. ____ bis	Kl. ____
übersprungen Kl. ____	wiederholt Kl. ____	

Geschwister oder Verwandte (am AGO)*

_____ (Klasse ____)
_____ (Klasse ____)

Angebote der Schule

Wahl des Wertefaches im 5. Jahrgang:

<input type="checkbox"/> Religion	<input type="checkbox"/> Werte und Normen
-----------------------------------	---

Aufnahme in eine Ipad-Klasse wird gewünscht.

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

Aufnahme in die Streicherklasse wird gewünscht.

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

Zweite Fremdsprache

(Im 6. Jahrgang werden Lerngruppen in den Sprachen Französisch, Latein und Spanisch eingerichtet.)

<input type="checkbox"/> Latein ab Jahrgang 5
<input type="checkbox"/> Französisch / Latein / Spanisch ab Jahrgang 6

Alternativwunsch:

Sollte wegen Platzmangels eine Aufnahme am AGO nicht möglich sein, wünsche ich die Aufnahme meines Kindes an folgender Schule.

<input type="checkbox"/> CSO	<input type="checkbox"/> GEO	<input type="checkbox"/> HGO	<input type="checkbox"/> NGO
<input type="checkbox"/> _____			

Freundschaftsgruppen*

Ich wünsche bei der Klassenbildung, dass mein Kind, wenn möglich, mit folgenden anderen Kindern (Bitte maximal zwei Namen.) in eine Klasse kommt.

Einverständnis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse, Telefonnummer sowie E-Mail-Adresse auf der Klassenliste der Mitschülerinnen und Mitschüler und deren Erziehungsberechtigten aufgeführt wird.

Um personenbezogene Daten und Bilder Ihres Kindes auf der Homepage und im Jahrbuch der Schule präsentieren zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis. Gleiches gilt für die Übermittlung von Daten an den Schulfotografen.

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

Bemerkungen*

26122 Oldenburg, den ____ 20__

(Unterschrift eines Erziehungsrechtigten)

Ergänzungsbogen: Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf

Wenn Ihr Kind bereits einen festgestellten Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung hat oder dieser möglicherweise ansteht, machen Sie bitte im Folgenden Angaben über dessen Ursachen:

Lernschwierigkeiten oder körperliche Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, mögliche psychische Probleme, Verhaltens- oder Sprachprobleme. Nur so können wir uns auf Ihr Kind einstellen und im Sinne des Inklusionsgedankens pädagogisch sinnvoll agieren. Sehr hilfreich wäre es für uns, wenn Sie bereits erstellte Gutachten, Atteste usw. beilegen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir setzen uns mit Ihnen in Verbindung.

Vorname und Familienname des Kindes

Körperliche Erkrankungen/Einschränkungen

(z.B. Diabetes, Epilepsie, Lähmungen, Seh- und/oder Hörbehinderungen)

Psychische/geistige Erkrankungen/Beeinträchtigungen

(z.B. Sprech-, Sprachstörungen, AD(H)S, Affekt-/Angststörungen, Downsyndrom)

Sonstiges

Ich wünsche zeitnah ein Beratungsgespräch.

(Datum, Unterschrift eines Erziehungsrechtigten)