

Wartiner Str. 1-3, 13057 Berlin

Mail: Sekretariat@11K14.schule.berlin.de

Tel.: 030 - 98 31 28 86

# Anmeldebogen

Für das Schuljahr 20\_\_\_\_\_

1. Halbjahr

2. Halbjahr

ab Datum: \_\_\_\_\_

Für die Klassenstufe: \_\_\_\_\_

## 1. Schüler:in

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_

männlich

weiblich

divers

Geburtsdag: \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Zuzug nach Deutschland: \_\_\_\_\_

Familiensprache: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## 2. Eltern / Sorgeberechtigte

### Mutter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (sofern abweichend): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Vater

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (sofern abweichend): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Beide  Mutter  Vater  sonstige: \_\_\_\_\_

### Notfallkontakt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ist/Sind bereits ein Geschwisterkind(er) an der 11K14 angemeldet?  ja  nein

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### 3. Besonderheiten

Wurden bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Besonderheiten durch ein **Gutachten** festgestellt? (Bitte die Nachweise einreichen)

- LRS (Lese-Rechtschreib-Schwäche)
- Dyskalkulie (Rechenschwäche)
- ADS/ ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit)
- Sonderpädagogischer Förderbedarf

wenn ja, in welchem Bereich? \_\_\_\_\_

### 4. Sonstige Angaben

**Teilnahme am Mittagessen**  ja  nein

Soll Ihr Kind an der Mittagsverpflegung teilnehmen? (Anbieter: LUNA Restaurant GmbH, Portionspreis: 4,90 €)  
Kinder mit einem BerlinPass können kostenbefreit an der Mittagsversorgung teilnehmen.

**Lernmittelbefreiung**  ja  nein

Sind Sie von der Zahlung des Eigenanteils an den Lernmitteln befreit? (Bitte Nachweis vorlegen)

- BerlinPass  L  B1  B2
- Leistungsbezug ohne BerlinPass

**Gesundheitliche Besonderheiten**  ja  nein

Gibt es medizinische Besonderheiten, auf die im schulischen Alltag besondere Rücksicht genommen werden muss?  
(z.B. Diabetes, Epilepsie etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vollmacht**  ja  nein

Ich/Wir gestatte(n) meinem/ unserem Kind, nach vorheriger telefonischer Rücksprache mit der Schule, bei Unwohlsein oder Krankheit alleine nach Hause zu gehen.

**Ton-, Bild- und Videoerlaubnis**  ja  nein

Ich erlaube, dass von meinem Kind im Rahmen offizieller schulischer Veranstaltungen (Projekte und Projekttag, Schulfeste, Schulveranstaltungen, Schülerfahrten) Ton-, Bild- und/oder Videoaufnahmen erstellt und für die Veröffentlichung auf schuleigenen Medien (z.B. Website, Schülerzeitung, Instagram) genutzt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten