



Anmeldung

für Klasse _____ für das Schuljahr 20____/____

Dieser Aufnahmebogen enthält personenbezogene Daten der Schülerinnen und Schüler und der Erziehungsberechtigten, die gemäß § 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 der Info-Mappe zum Schulstart und auf unserer Homepage unter folgendem Link:

<https://www.caeci.de/index.php?seite=impressum>

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

Familienname der Schülerin /des Schülers

Vornamen (Rufnamen bitte unterstreichen)

Geschlecht

weiblich männlich divers

Geburtstag

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

deutsch

Herkunftssprache und ggf. weitere zu Hause
gesprochene Sprachen

Konfession

ev.luth. röm.kath. orthodox

alevitisch

islam.

yezidisch

ohne sonstige: _____

Vor- und Familienname

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer *

Email *

Beruf *

erziehungsberechtigt

Mutter _____

ja nein

Vater _____

ja nein

Nummer der OL-Card (falls vorhanden)

Alternativwunsch:
Sollte sich zeigen, dass wegen Platzmangels eine Aufnahme an der Cäcilien- schule leider nicht möglich ist, so wünsche ich mein Kind an folgender Schule aufzunehmen, soweit es dort platzmäßig möglich ist.

<input type="checkbox"/> Altes Gymnasium	<input type="checkbox"/> Gymnasium Eversten
<input type="checkbox"/> Herbartgymnasium	<input type="checkbox"/> Neues Gymnasium
<input type="checkbox"/> _____	
Diese Angabe dient der Orientierung. Eine Berücksichtigung kann nicht zugesichert werden.	

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf (s. Ergänzungsbogen)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Falls ja: bitte Bescheid/Verfügung/Gutachten beifügen!)	

<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Hören	<input type="checkbox"/> Sehen	<input type="checkbox"/> Sprache
<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> Emotional-soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Körperlich-motorische Entwicklung	

Einzelfallhilfe/Schulbegleitung
(Hat Ihr Kind eine/n Einzelfallhelfer/in nach § 35 a SGB VII, SGB XII (1) Abs. 1)

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Falls ja: bitte Nachweis über beauftragtes Unternehmen beifügen!)	

Bemerkungen (z.B. Namen derjenigen SchülerInnen, mit denen Ihr Kind in eine Klasse gehen möchte, Hochbegabung, diagnostizierte Lernschwächen, gesundheitliche Einschränkungen, Besuch einer Sprachlernklasse u. ä.)

Damit wir Ihnen und Ihrem Kind eine Adressen- und Telefonliste sowie Email-Adressen zukommen lassen können, benötigen wir Ihr Einverständnis, die entsprechenden Daten Ihres Kindes an alle zukünftigen Mitschülerinnen und Mitschüler weitergeben zu dürfen. Ihr Einverständnis gilt für die Dauer des Schulbesuches Ihres Kindes an der Cäcilien- schule. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

<input type="checkbox"/> einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
--	--

Wir erlauben der Cäcilien- schule eine Kontaktaufnahme unter den auf S. 1 dieser Anmeldung vermerkten E-Mail- Adressen.

<input type="checkbox"/> einverstanden	<input type="checkbox"/> nicht einverstanden
--	--

Datum		Unterschriften aller Sorgeberechtigten	
--------------	--	---	--

Der Anmeldung bitte beifügen: ✓ Originale der letzten 2 Schulzeugnisse

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

(Vorname, Name des Kindes)

Körperliche Erkrankungen/Einschränkungen

(z.B. Diabetes, Epilepsie, Lähmung, Seh-/Hörbehinderung,...)

Psychische-/Geistige Erkrankungen/Beeinträchtigungen

(z.B. Lernbeeinträchtigungen, Sprech-, Sprachstörungen, AD(H)S, Affekt-/Angststörungen, Tics, Down-Syndrom,...)

Sonstiges

Ich wünsche zeitnah ein Beratungsgespräch

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten, Datum)