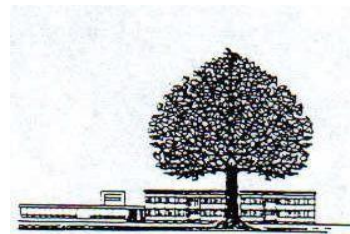


LINDENSCHULE  
Grundschule des Main-Taunus-Kreises

Lindenstraße 14 • 65830 Kriftel  
Telefon 06192 – 997590 • Fax 06192 – 9975918  
E-Mail: poststelle@linden.kriftel.schulverwaltung.hessen.de



## Anmeldung

### Schüler/in:

Name: \_\_\_\_\_ weibl. ( ) männl. ( )

Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit 1: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit 2: \_\_\_\_\_

In Deutschland seit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_

### Mein Kind gehört folgender Kirche/Religionsgemeinschaft an: (bitte ankreuzen)

- Evang. Kirche  Kath. Kirche  Altkath. Kirche  Syrisch-orthodoxe Kirche  andere Orthodoxe Kirchen  
 Mennonitisch  Siebenten-Tags-Adventisten  Unitarische freie Rel.-Gemeinde  Jüdische Gemeinde  
 Ahmadiyya Muslim Jamaat  DITIB Hessen (sunnitisch)  Alevitische Gemeinde Deutschl.  Freireligiös  
 Sonstige \_\_\_\_\_  keine Religionszugehörigkeit

**PFLICHTANGABE: Teilnahme am Religionsunterricht:** röm. kath.  evang.   
**oder Teilnahme am Ethikunterricht**

### Teilnahme am muttersprachlichen Unterricht:

arabisch  spanisch  italienisch  türkisch  kroatisch  portugisisch  andere: \_\_\_\_\_

### Vater:

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Tel: privat \_\_\_\_\_

dienstlich \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### Mutter:

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Tel: privat \_\_\_\_\_

dienstlich \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt ist / sind                      beide ( )                      Mutter ( )                      Vater ( )

### **Freiwillige Angaben:**

(gemäß § 7. Abs. 2 Hess. Datenschutzgesetz)

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Informationen, die die Schule beachten sollte

(z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, körperliche Behinderungen, Allergien.....)

---

---

### **Pflichtangabe zur Masernimpfung**

zur 2-fach Masernimpfung:  ja                      1. Impfung: \_\_\_\_\_

2. Impfung: \_\_\_\_\_

nein

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass für o.g. Schülerin/Schüler der Impfausweis/die ärztliche Bescheinigung vorgelegt wurde.

---

Datum, Unterschrift (**Schule**)

## **Einverständniserklärung**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, wenn eventuelle Fotos auf der Website der Schule oder für Zeitungsartikel verwendet werden.

Ja                       nein

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass personenbezogene Daten für die Dauer der Schulzeit an der Lindenschule gespeichert werden.

Des weiteren habe ich davon Kenntnis genommen, dass meine /unsere Kontaktdaten inklusive Emailadresse und/oder Handynummer an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Main-Taunus-Kreises weitergegeben werden, damit dieser die Daten zwecks Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung/Terminerinnerung für die Einschulungsuntersuchung meines Kindes nutzen darf.

Kriftel, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten