

**Anmeldung** zur Aufnahme in die Vollzeit-Schulform **InteA**  
(Integration durch Anschluss und Abschluss)



in einer der kooperierenden Schulen des  
hiesigen Aufnahme- & Beratungszentrums



**Als Anlagen sind dieser Anmeldung beizufügen:**

vom ABZ geprüft:

- 1. Lichtbild im vorgegebenen Feld.....
- 2. Beglaubigte Kopien der letzten zwei Zeugnisse (falls vorhanden).....
- 3. Aufenthaltspapiere bei **Schülern/Schülerinnen ausländischer Nationalität**.....
- 4. Ausweisdokument.....
- 5. Meldebescheinigung.....
- 6. **Ärztliche Bescheinigung**, falls noch keine andere Schule in Deutschland besucht wurde (s. S.3).....
- 7. Tabellarischer Lebenslauf (s. S.4).....

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig eingereichte Unterlagen bearbeitet werden können!**

Name:

---

Vorname:

---

Geschlecht:

 männlich weiblich

Geburtsdatum:

---

Geburtsort und -land:

---

Zuzug nach  
Deutschland:

---

Staatsangehörigkeit:

---

Familiensprache:

---

Religion:

---

Straße u. Nummer:

---

PLZ und Wohnort:

---

Telefon mit Vorwahl:

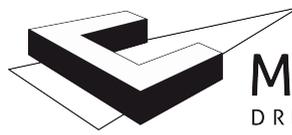
Mobil:

---

E-Mail:

---

Passbild



Eltern:

**Vater**

erziehungsberechtigt:

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

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

Straße u. Nummer \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon mit Vorwahl: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

**Mutter**

erziehungsberechtigt:

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

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

Straße u. Nummer \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon mit Vorwahl: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

**Ansprechpartner\_in / Vormund**

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

Einrichtung /  
Organisation: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Bemerkungen** (z. B. gesundheitliche Einschränkungen, erforderliche Medikamente, Hobbys/Sport/Vereinstätigkeit usw.)

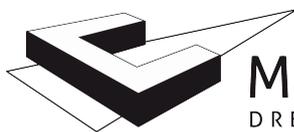
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Schüler/Schülerin

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten /Vormunds



Bitte reichen Sie dieses Formular ausgefüllt und vom Arzt unterschrieben beim zuständigen Aufnahme- und Beratungszentrum ein!

## Ärztliche Bescheinigung

Zur Schulaufnahme (Seiteneinstieg)

Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Der / die oben genannte Jugendliche ist zurzeit frei von sichtbaren ansteckenden Krankheiten sowie von **Läusen** und Nissen. Die Angaben des / der Jugendlichen, Eltern bzw. Begleitpersonen enthielten keinerlei Hinweise auf das Vorliegen einer etwaigen Krankheitsinkubation.

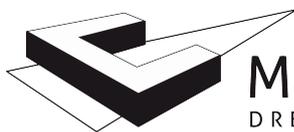
Der / die Jugendliche ist im Sinne des Masernschutzgesetzes gegen Masern immun (z.B. nach durchgemachter Erkrankung oder einer Masernimpfung).

Es bestehen insoweit keine infektionshygienisch begründeten Einwände gegen den Besuch einer Schule.

Ggf. abweichender Befund / Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Arztes



## Lebenslauf / Biographische Angaben

Angaben zur Person	
Name, Vorname	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Geschwister	
Herkunftsland (Heimat), Datum des letzten Aufenthaltes	
Aufenthalt in anderen <b>Ländern</b> (Bitte chronologisch unter Angabe der jeweiligen Aufenthaltsdauer au <b>ff</b> ühren)	

Schulbesuch/Ausbildung/Arbeit	
Einschulungsjahr	
Schulbeendigungsjahr	
Besuchte Schule/n (Bitte <u>alle</u> Bildungseinrichtungen chronologisch unter Angabe der jeweiligen Besuchsdauer <b>au</b> fführen)	
Erreichter Schulabschluss	
Fremdsprachkenntnisse (Welche Sprachen werden neben der Muttersprache gesprochen und wie gut?)	
Alphabetisierung in lateinischer Schrift	<input type="checkbox"/> ja, seit <input type="checkbox"/> nein
Erwartungen an den Schulbesuch	