

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



in einer der kooperierenden Schulen des
hiesigen Aufnahme- & Beratungszentrums



Füllt das ABZ aus:

Aufnahme: ja nein

Warteliste:

Nachrücker-Liste:

Aufnahmeprüfung:

benachrichtigt am: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort und -land: _____

Zuzug nach Deutschland: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familiensprache: _____

Religion: _____

Straße u. Nummer: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Erziehungsberechtigte

Vater

Name: _____ Vorname: _____

Straße u. Nummer _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Straße u. Nummer _____

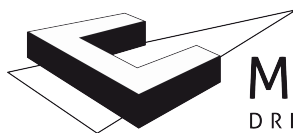
PLZ und Wohnort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Lichtbild





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

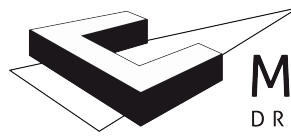
**Unterlagen bitte vollständig beifügen,
da eine Bearbeitung der Anmeldung sonst nicht möglich ist!!!**

Als Anlagen sind dieser Anmeldung beizufügen:

von MES geprüft

- | | |
|---|-------|
| 1. Lichtbild im vorgegebenen Feld | _____ |
| 2. Beglaubigte Kopien der letzten zwei Zeugnisse (falls vorhanden) | _____ |
| 3. Aufenthaltsgenehmigung 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 | _____ |

**Nach Bearbeitung der Anmeldung werden Sie schriftlich von uns informiert.
Bitte sehen Sie von telefonischen Rückfragen ab, da wir vorher keine Auskünfte erteilen können.**



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