Grundschule „ Hermann Ferres“

Alte Zollstraße 29 , 06188 Landsberg / OT Niemberg , Tel: 034604 / 20226 oder 20217 , Fax 034604 / 20218 , E-Mail: kontakt@gs-ferres.bildung-lsa.de

Schulrückmeldebogen für das Schuljahr ……..

(bitte gut leserlich bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname des Kindes	
Vorname des Kindes	
Geburtsdatum / -ort	
Anschrift	
Krankenkasse	
Buskind ☐ ja ☐ nein Ein- / Ausstiegstelle	
bevorzugter Notfallkontakt	
Bitte geben Sie hier an, wer außer den Erziehungsberechtigen bevollmächtigt ist, das Kind von der Schule abzuholen.	
Besonderheiten (Allergie ….)	

Name, Vorname **Mutter**	
telefonische Erreichbarkeit Mutter	
E-Mail Adresse (erforderlich)	

Name, Vorname **Vater**	
telefonische Erreichbarkeit Vater	
E-Mail Adresse (erforderlich)	

Sorgerecht	☐ beide Eltern	☐ nur Mutter (Nachweis erforderlich)	☐ nur Vater (Nachweis erforderlich)

Datum, ……..

…… ……

Unterschrift(en)

Grundschule „ Hermann Ferres“

Alte Zollstraße 29 , 06188 Landsberg / OT Niemberg , Tel: 034604 / 20226 oder 20217 , Fax 034604 / 20218 , E-Mail: kontakt@gs-ferres.bildung-lsa.de

Entbindung der Schweigepflicht

(bitte gut leserlich bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname des Kindes	
Vorname des Kindes	
Geburtsdatum / -ort	
Anschrift	
Telefon Mutter	
Telefon Vater	

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass im Kooperationsaustausch zwischen Eltern, Kindertagesstätte, Einrichtungen und Ärzten die Grundschule „Hermann Ferres“, Alte Zollstr. 29, 06188 Landsberg mündliche / schriftliche Informationen über mein Kind / unser Kind austauschen kann.
Dazu gehören:
- Beobachtungen und Austausch von Informationen im Hinblick auf die Einschulung zwischen Kindertagesstätte und Grundschule
- Informationen über den Entwicklungsstand / die Entwicklung in der Kindertagesstätte, die für die Einschulung von Bedeutung sind
- Kooperationsaustausch mit Ihnen, wenn es um Lebenssituationen / Familie in Bezug auf die Einschulung geht
- Wenn der Eindruck besteht, dass für den Entwicklungsprozess des Kindes weitere Kooperationen mit Beratungs- oder Fachdienstes erforderlich sind. Hierzu werden wir persönlich informieren.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

	Name, Straße, Ort gegebenenfalls Telefon
Kindertagesstätte (zwingend erforderliche Angabe)	
Therapeutische / beratende Einrichtung (z. Bsp. Frühförderung, Logo, Ergo, SPZ …) (freiwillige Angabe)	
Hausarzt / Facharzt (freiwillige Angabe)	
Psychologe / Facharzt (freiwillige Angabe)	
Sonstige (freiwillige Angabe)	

Datum, Unterschrift ……..