**Gemeinde**

OTHMARSINGEN

**Schule Othmarsingen**

**Schulleitung**

**Schulstrasse 10**

**5504 Othmarsingen**

**Anmeldung**

**Personalien** (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Geburtsdatum |  |
| Vorname |  | Geschlecht |  |
| Adresse neu |  | Konfession |  |
| Wohnort neu |  | Muttersprache |  |
| Heimatort |  | Heimatland |  |
| Klasse  |  | Anzahl Schuljahre |  |
| Name/Vorname des Vaters |  | Name/Vornameder Mutter |  |
| Telefon Festnetz |  |
| Mobile des Vaters |  | Mobile der Mutter |  |
| E-Mail des Vaters |  | E-Mail der Mutter |  |
| Sorgerecht | □ Gemeinsam  | □ Bei der Mutter | □ Beim Vater |
| Adresse / WohnortTelefon bisher |  |
| Eintritt per |  | Klasse |  |
| Schulort bisher / Klassenlehrer / Telefon |  |
| Besuchte Fremdsprachen | Französisch \_\_\_\_\_\_\_\_ (Anzahl Jahre) / Englisch \_\_\_\_\_\_\_\_ (Anzahl Jahre) |
| Bemerkungen(Allergien usw.) |  |

 **Musikschule**

Die Gemeinde unterstützt den Instrumentalunterricht

[ ]  Ja [ ]  Nein Bitte senden Sie uns ein Informationsblatt und ein Anmeldeformular der

 Musikschule.

**Zusatzunterricht und/oder Therapiestunden bisher**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deutsch als Zweitsprache | [ ]  in Kleingruppe  | [ ]  einzeln  | Std./Woche       |
| Lernt Deutsch seit: |       |
| [ ]  Logopädie: | [ ]  in Kleingruppe  | [ ]  einzeln  | Std./Woche       |
| [ ]  Lese-Rechtschreib-Schwäche-Therapie | [ ]  in Kleingruppe  | [ ]  einzeln  | Std./Woche       |
| [ ]  Psychomotorik: | [ ]  in Kleingruppe | [ ]  einzeln  | Std./Woche       |
| [ ]  Ergotherapie: | [ ]  in Kleingruppe  | [ ]  einzeln  | Std./Woche       |

Datum und Unterschrift der Eltern

 Die Schulleitung wünscht Ihnen in Othmarsingen einen guten Start!