

**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/Vorname  der 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 / Wohnort  Telefon 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!