

Antrag zur Aufnahme in die Integrierte Sekundarschule

(Die Anmeldung begründet noch keinen Rechtsanspruch auf Aufnahme.)

1. Eltern / Personensorgeberechtigte (PSB)

	Vater/PSB	Mutter/PSB
Name, Vorname		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon (privat)		
Notfall-Tel.-Nr. (wenn abweichend: Name)		
E-Mailadresse		
Beruf		
Sorgerecht		

2. Schüler/in

Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Anschrift (falls nicht mit Eltern identisch):		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Zahl der Geschwister:	Krankenkasse:	versichert bei (Vater, Mutter etc.):

3. Anmeldedaten

gewünschter Eintrittstermin:	<input type="checkbox"/> Schuljahresbeginn 20___/20___ <input type="checkbox"/> Schulhalbjahresbeginn 20___/20___ <input type="checkbox"/> sofort	Klasse:
Oberschulempfehlung:	<input type="checkbox"/> Integrierte Sekundarschule (ISS) <input type="checkbox"/> Gymnasium	

4b. Angaben bei Seiteneinstieg

Welche Schule besucht Ihr Kind zurzeit? (bitte vollständigen Namen und Adresse angeben)	
Welche Klasse besucht Ihr Kind zurzeit?	
Grund des Schulwechsels:	<input type="checkbox"/> Leistungs- und Lernprobleme <input type="checkbox"/> disziplinarische Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> Umfeld der alten Schule <input type="checkbox"/> anderes:
Für Seiteneinsteiger gelten die ersten sechs Unterrichtswochen als Probezeit mit der Möglichkeit der beidseitigen täglichen Kündigung.	

5. Zusätzliche Fragen

Haftpflichtversicherung:	Name: Nr.:	
Wurde Ihr Kind bereits psychologisch/schulpsychologisch untersucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wann? _____		<input type="checkbox"/> vom Kinderarzt <input type="checkbox"/> vom (Kinder-) Psychologen <input type="checkbox"/> vom Schulpsychologen <input type="checkbox"/> vom Psychiater <input type="checkbox"/> von einem anderen Arzt, Fachrichtung:
Verdacht/Diagnose:		
Wurde mit Ihrem Kind schon eine Therapie durchgeführt? Wenn ja, welche und wo?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein sonderpädagogisches Feststellungsverfahren durchgeführt? Wenn ja, wann und aus welchem Grund?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatte oder hat Ihr Kind sonderpädagogischen Förderbedarf?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind bereits Kontakt mit illegalen Drogen? Wenn ja, welche und wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besuchen Sie eine Kirche oder christliche Gemeinde? (freiwillige Angabe)	Wenn ja, welche? Anschrift:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit der Anmeldung Ihres Kindes wird eine **Anmeldegebühr** in Höhe von 100,00 Euro zur Zahlung an den Freie Evangelische Schulen Berlin e.V. fällig. Sie ist innerhalb von 7 Werktagen auf das Konto des FESB e. V. zu überweisen:

Bank für Sozialwirtschaft (BfS), Kto-Nr.: 33 25 800, BLZ 100 205 00,

Verwendungszweck: Anmeldegebühr, <<Jahr des Schulbeginns, Klasse, Name, Vorname des Kindes >>.

Die Gebühr deckt die durch die Anmeldung Ihres Kindes entstehenden Verwaltungskosten sowie die Kosten der Planung und Vorhaltung des Schulplatzes ab. Wenn wir Ihr Kind aus Gründen, die Sie nicht zu vertreten haben, nicht aufnehmen können, wird Ihnen die Anmeldegebühr zurückerstattet. Im Falle einer Abmeldung Ihrerseits wird die Anmeldegebühr nicht erstattet. Für Seiteneinsteiger zahlen Sie die Anmeldegebühr bitte erst nach fernmündlicher Zusage, jedoch vor der Unterzeichnung des Schulvertrages.

Ich versichere, dass ich alle Angaben im Anmeldebogen vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben zur einseitigen und sofortigen Kündigung des Schulvertrages seitens des Vorstandes (FESB e.V.) führen können. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden.

Berlin, _____

Unterschrift/en der/des Personensorgeberechtigten