Adresse der Schule:
Märkische Kita und Schule gGmbH
„Bewegte Schule“ in Köpenick
Lindenstraße 26
12555 Berlin
Tel.: 030/65015495 - Fax: 030/65015504
E-Mail: schule-berlin@mkus-berlin.de

Aufnahmeantrag

in die „Bewegte Schule“ in Köpenick

Name des Kindes:											
Geburtsdatum/-ort;											
Geschlecht:	W		M		D						
Staatsangehörigkeit:											
Anschrift:	Straße:										
	PLZ.:			Ort:							
	Tel.-Nr.:			Fax Nr.:							
E-Mail-Adresse:											
E-Mail-Adresse:											
Sorgeberechtige*r:											
Sorgeberechtige*r :											
Kindergarten:											
Integrationskind:	Nein:		Ja:		Typ A:		Typ B:				
Erläuterung:											

Ich/Wir wünsche/n die Aufnahme meines/unseres Kindes zum Schuljahr:	20 ……. / 20…….
In die Jahrgangsstufe:	
Welche Grundschule wäre nach dem Wohnortsprinzip für Ihr Kind zuständig:	
Name der bisherigen Schule:	
Warum wollen Sie die Schule wechseln?	
Angaben zu den Sorgeberechtigten:	

	Sorgeberechtigte*r	Sorgeberechtigte*r
Name/n:		
Vorname/n:		
Familienstand:		
Beruf/Tätigkeit:		
Adresse/n:		
Tagsüber erreichbar:		

Adresse der Schule:
Märkische Kita und Schule gGmbH
„Bewegte Schule“ in Köpenick
Lindenstraße 26
12555 Berlin
Tel.: 030/65015495 - Fax: 030/65015504
E-Mail: schule-berlin@mkus-berlin.de

Ergänzende Förderung und Betreuung durch den „Bewegten Hort“ gewünscht?								
Ja:		Nein:						
Wenn ja, welcher Betreuungsumfang ist gewünscht:								
6:00 – 16:00 Uhr		6:00 – 18:00 Uhr						
Ferienbetreuung gewünscht:		Ja:		Nein:				
Welche Wünsche verbinden Sie mit der Aufnahme Ihres Kindes in unsere Schule?								
Wie ist Ihre Einstellung zu Regeln und Ritualen?								
Wir versichern, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.								
Einverständniserklärung: Wir/ich sind/bin damit einverstanden, dass die o.g. personenbezogenen Daten vom Schulträger Märkische Kita und Schule gGmbH gespeichert und weiterverarbeitet werden. Der Schulträger erklärt, dass die Daten ausschließlich für interne Zwecke verwendet werden.								
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.								
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte*r							
Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte*r							