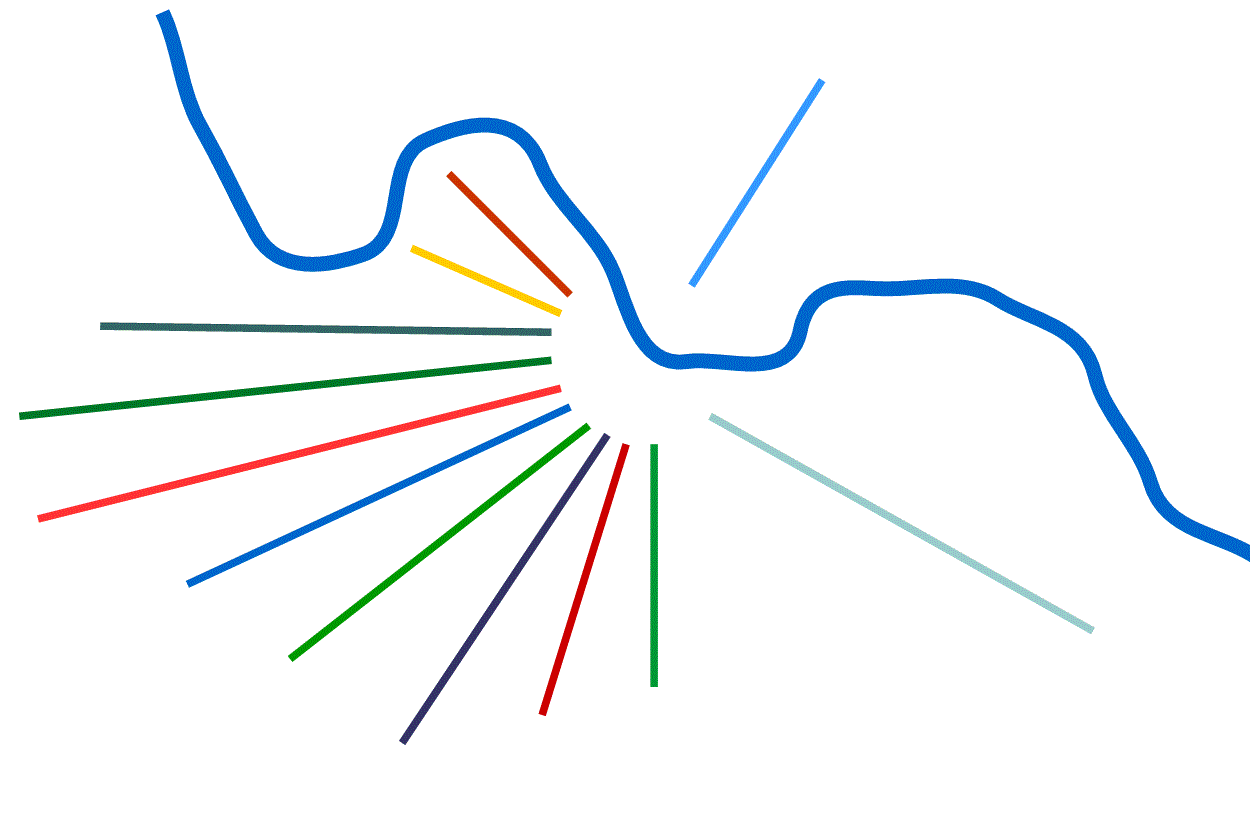
****Ehrenfried-Walther-von-Tschirnhaus-Gymnasium Dresden, Bernhardstraße 18, 01069 Dresden

**Schülerdatenerfassungsbogen - Kontaktdaten nicht vergessen!! Wichtig!!!**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  | **Fremdsprache:**  Wurde in der Grundschule schon eine 2.Fremd - sprache gelernt? 🞎 ja 🞎 nein  Welche?.............................................................  ab wann?..........................................................  **2. Fremdsprache an Gym. ab Klasse 6**  **(unverbindliche Abfrage)**  🞎 Französisch 🞎Spanisch |
| Vorname: |  |
| Geburtsname: |  |
| Geschlecht: |  |
| Anzahl Geschwister/ am EWvT/Name/Kl. |  |
| Adresse: Straße, Nr.  PLZ, Ort |  |
|  | **Migrationshintergrund:**  ( Migrationshintergrund = selbst im Ausland geboren bzw. Eltern-/Großelternteil im Ausland geboren)  🞎 ja Herkunftsland\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🞎 nein  Mutter- bzw. Herkunftssprache:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  herkunftssprachlicher Unterricht:  🞎 ja 🞎 nein |
| Entfernung fußläufig in km  Wohnung – Schule |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort: |  |
| Wechsel von Schule (Name): |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Religionszugehörigkeit: |  |
| Freizeitinteressen: |  |
| **Hinweise zu Teilleistungsschwächen, Art und Grad einer**  **Behinderung bzw. chronische Krankheiten**  ( durch qualifizierte Lehrer oder Schulpsychologen festgestellt, soweit sie für den  Schulbesuch von Bedeutung sind, ggf. Rückseite verwenden) | | **gewünschte Teilnahme in:**  🞎 katholische Religion  🞎 evangelische Religion  🞎 Ethik |
| **Schwimmfähigkeit: Mein/Unser Kind ist in der Lage, 25 m ohne Hilfsmittel, zu schwimmen.**  Seepferdchen: 🞎 ja 🞎 nein Jugendschwimmpass in: 🞎 bronze 🞎 silber 🞎 gold | | |
| Aufnahme in Klasse mit sportlichen Förderstunden erwünscht: 🞎 ja 🞎 nein  wenn ja, Sportart: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Verein: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  evtl. Kader: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Training pro Woche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Integrationsschülerstatus 🞎 ja 🞎 nein | | |
| durch das LaSuB diagnostizierte LRS: 🞎 ja 🞎 nein | | |
| Masernimpfung 🞎 1. Impfung 🞎 2. Impfung 🞎 Nachweis Arzt (Einsicht in Impfausweis zum 1. EA) | | |

**Sorgeberechtigte**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mutter** sorgeberechtigt:🞎 ja 🞎 nein | | | **Vater** sorgeberechtigt: 🞎 ja 🞎 nein | | |
| Name: |  | | Name: |  | |
| Vorname: |  | | Vorname: |  | |
| Straße, Nr.: |  | | Straße, Nr.: |  | |
| PLZ, Ort: |  | | PLZ, Ort: |  | |
| Freiwillige Angabe:  Tätigkeit Mutter: |  | | Freiwillige Angabe:  Tätigkeit Vater: |  | |
| **Telefon privat:** | | **Telefon dienstlich:** | **Telefon privat:** | | **Telefon dienstlich:** |
| Festnetz: | | Festnetz: | Festnetz: | | Festnetz: |
| Mobil: | | Mobil: | Mobil: | | Mobil: |
| E-Mail: | | | E- Mail: | | |

**Sonstige Notfallnummern:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Telefon: |
| Name: | Telefon: |