****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 🞎 neinWelche?.............................................................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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎 neinMutter- 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 🞎 neinwenn 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: |