

Name	Masernschutz	Vorzeitige Einschulung	Wunsch Rückstellung	Infoblatt zum Aufnahmeverfahren erhalten	Geschwisterkind an der Schule
Vorname	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Name: Klasse:			

**Besonderheiten:**

Diagnostik/begonnene oder abgeschlossene Therapien (bitte ankreuzen)

z. B.

von:

bis:

Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_

Frühförderung: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Linkshänder:

Brille:

chronische Erkrankungen, Allergien, ...:

-----

Datum:

**X** Unterschrift: