

# WALDORFSCHULE DREIKLANG



## Aufnahmeantrag

Für das Schuljahr ..... / .....

Für .....

Name des Kindes

In die ..... Klasse

---

Passbild

Antrag bitte in Blockschrift ausfüllen!

## KINDERSTAMM

Vorname: ..... Familienname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....  
Muttersprache: ..... Staatsangehörigkeit: .....  
Konfession: ..... Bes. Religionsunterricht: .....  
Versicherungsnummer: ..... Hausarzt: .....  
Besucher Kindergarten: ..... seit: .....  
Besucht Ihr Kind Eurythmie, Turnen, Malen, Musik od. sonstiges: ..... seit: .....  
..... seit: .....

### **Bitte nur ausfüllen wenn das Kind aus einer anderen Schule kommt!**

Schule derzeit: .....  
Klasse derzeit: ..... Datum d. Ersteinschulung: .....  
Bisher besuchte Schule(n): (bitte legen Sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei!)  
Von ..... bis ..... Klasse ..... Schule .....  
Von ..... bis ..... Klasse ..... Schule .....  
Von ..... bis ..... Klasse ..... Schule .....

### **Geschwister:**

Vorname: ..... Geb.dat. .... Schule: ..... Klasse: .....  
Vorname: ..... Geb.dat. .... Schule: ..... Klasse: .....  
Vorname: ..... Geb.dat. .... Schule: ..... Klasse: .....

### **Bitte nur ausfüllen wenn das Kind nicht bei den Eltern wohnt!**

Wohnhaft:  
.....

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:** zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an der Schule

**JA**, ich erteile die Einwilligung, mein Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

**NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

**FOTOS** meines Kindes dürfen auf der HP der Waldorfschule Dreiklang unter [www.dreiklangschule.at](http://www.dreiklangschule.at) veröffentlicht / nicht veröffentlicht werden (nicht Zutreffendes streichen).

# ADRESSENSTAMM

## Mutter (Pflegetante, Sonstiges)

Vorname: ..... Familienname: .....  
Straße: ..... Land/Plz/Ort: .....  
Tel. Priv.: ..... Tel. Beruf: .....  
Tel. Mobil: ..... Fax/E-Mail: .....  
Staatsangehörigkeit: ..... Bundesland: .....  
Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

## Vater (Pflegevater, Sonstiges)

Vorname: ..... Familienname: .....  
Straße: ..... Land/Plz/Ort: .....  
Tel. Priv.: ..... Tel. Beruf: .....  
Tel. Mobil: ..... Fax/E-Mail: .....  
Staatsangehörigkeit: ..... Bundesland: .....  
Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

Bitte erläutern Sie die folgenden zwei Fragen auf der Rückseite dieses Aufnahmeantrags:

- Welche Gründe veranlassen Sie, Ihr Kind der Waldorfschule zur Erziehung anzuvertrauen?
- Bitte geben Sie eine ganz persönliche Charakteristik Ihres Kindes:  
Wie sehen Sie Ihr Kind? Worin macht es Ihnen Freude, worin Schwierigkeiten?

### **Unterstützung der Schule durch:**

Flohmarkt Bazar Gremien Sonstiges .....

Nutzbare Kontakte:

Politik Medien Firmen Sonstiges .....

Nutzbare Fähigkeiten:

EDV Handwerk Unterricht Beratung Sonstiges .....

Nutzbarer Mitteleinsatz:

Personentransport Warentransport Geräte, Maschinen Objekte, Lager  
Sachmittel Sonstiges .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Mutter Unterschrift des Vaters

## Untersuchungen/Therapien

**Vorhandene schriftliche Untersuchungsergebnisse bitte beilegen.**

Gab und gibt es Therapien – was und in welchem Alter?

Gab es bereits schulrelevante Untersuchungen und in welchem Alter?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie                       | <input type="checkbox"/> Legasthenie                         |
| <input type="checkbox"/> Motor. fein/grob Untersuchungen | <input type="checkbox"/> Neuro. u. psycholog. Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsdiagnosen           | <input type="checkbox"/> Teilleistungsdiagnosen              |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkulie                     | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche              |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsstörung          |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                       |  |

## Kinderkrankheiten

|                           | gehabt                   | geimpft                  |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Windpocken/Feuchtblattern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Masern                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scharlach                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Keuchhusten               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mumps                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Röteln                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Impfungen

- Pocken;  Tbc;  Diphtherie;  Tetanus;  Polio;  Grippe;  Zecken;  
 Hepatitis  Sonstige