Illerblick

Schulplatzanfrage 1.-12. Klasse 2025/2026 – Warteliste

Bitte ergänzen leserlich Sie im Folgenden Ihre Angaben, kleben ein **Foto** Ihres Kindes ein, fügen die **Geburtsurkunde** und ggf. **das letzte Zeugnis** hinzu und **unterschreiben** die Schulplatzanfrage.

Angaben zum Kind

Name _____

Geburtstag/-Ort _____

Geschlecht _____

Adresse _____

Nationalität _____

Geburtsland _____

Verkehrssprache _____

Angaben zu den Sorgeberechtigten

	Sorgeberechtigte*r 1	Sorgeberechtigte*r 2
Vor- und Nachname		
Adresse		
Telefon privat		
Telefon mobil		
E-Mail		
Sorgeberechtigt	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja
Leiblich	☐ nein ☐ ja	☐ nein ☐ ja

Ergänzende Fragen

Name des aktuellen Kindergartens bzw. Schule? _____

Aktuelle Klasse, gewünschtes Aufnahmedatum? _____

Hat Ihr Kind bis jetzt eine Waldorfkinderbetreuungseinrichtung besucht? ☐ nein ☐ ja

Wie viele Geschwisterkinder besuchen aktuell unsere Kindertagesstätte? _____

Wie viele Geschwisterkinder besuchen aktuell unsere Schule? _____

Welche Konfession hat Ihr Kind? _____

Welchen Religionsunterricht soll Ihr Kind besuchen?
- ☐ Evangelisch
- ☐ Katholisch
- ☐ Christengemeinschaft
- ☐ Freichristlich
- ☐ Steht noch nicht fest

Wie sind Sie auf unsere Waldorfschule aufmerksam geworden?
- ☐ Freunden/ Verwandte
- ☐ Zeitungen/ Tagespresse
- ☐ Veranstaltungen der Schule
- ☐ Internet
- ☐ Sonstiges

Name des Kindes: _____

Foto

Foto des Kindes

Motivation

Was führt Sie zur Waldorfschule, inwieweit sind Sie mit der speziellen Ausrichtung der Pädagogik vertraut, und was erwarten Sie sich insbesondere für Ihr Kind?

Name des Kindes: _____

Illerblick

Freiwillige Angaben der Sorgeberechtigten zur bisherigen Entwicklung des Kindes

Geburt

☐ Normalgeburt
☐ Frühgeburt Um wie viele Wochen: _____

Frühkindliche Entwicklung

Laufen gelernt bis zum 18. Monat?	☐ ja	☐ Später, wann?
Sprachentwicklung unauffällig	☐ ja	☐ Besonderheiten, welche?
Tag und Nacht trocken und sauber bis zu 4 Jahren?	☐ ja	☐ nein, sondern

Behandlungen/Förderung (bitte jeweils Alter und Dauer)

Krankengymnastik: _____

Logopädie: _____

Ergotherapie: _____

Frühförderung: _____

Sonstige: _____

Gesundheit

Schwerhörigkeit	☐ nein	☐ ja
Brille	☐ nein	☐ ja
Farbenblindheit	☐ nein	☐ ja
Allergien	☐ nein	☐ ja, welche:
Chronische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja, welche:
Nimmt das Kind regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein?	☐ nein ☐ ja, regelmäßig:	☐ ja, bei Bedarf:

Sonstige Besonderheiten, Bemerkungen, auch Wünsche:

_____

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift

Widerrufsrecht: Alle diese Angaben sind freiwillig und können jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Name des Kindes: _____