



Fragebogen zur Aufnahme in die 5. Klasse des Jahrgangs 2023/2024

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir freuen uns sehr darüber, dass Sie Ihr Kind bei uns anmelden. Um den Übergang von der Grundschule auf unsere Schule für Ihr Kind so gut wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie unseren Fragebogen auszufüllen.

Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Bevor Sie den Fragebogen ausfüllen, bitten wir Sie in unsere Datenschutzerklärung einzuwilligen.

*Datenschutzerklärung: Fragebogen zur Schüleraufnahme
Nutzung der Informationen aus diesem Fragebogen:*

Die Daten werden zur Vorbereitung der Beschulung Ihres Kindes in unserer Schule genutzt. Hierbei stehen die Einteilung der Lerngruppen und die Vorbereitung der zukünftigen Klassenlehrkräfte im Vordergrund. Die Daten werden an die Schulleitung und die zukünftigen Klassenlehrkräfte weitergegeben. Eine digitale Erfassung wird nicht vorgenommen. Nach Abschluss der o.g. Maßnahmen werden die Fragebögen datenschutzkonform entsorgt.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie ist mit keinem anderen Sachverhalt verbunden. Die Nichterteilung der Einwilligung hat keine Bedeutung für die gesetz- und ordnungsgemäße Beschulung Ihres Kindes.

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden

Unterschrift

Schwentinental, _____

Namen der Erziehungsberechtigte(n):

Name der Schülerin/ des Schülers: _____

Die Schülerin/ der Schüler hat folgende Grundschule besucht:
(Kreuzen Sie bitte die entsprechende Grundschule (GS) an!)

- Grundschule am Schwentinepark
- Astrid-Lindgren-Grundschule
- Friedrich-Ebert-Schule (Preetz)
- Hermann-Ehlers-Schule (Preetz)
- Matthias-Claudius-Schule (Kiel)
- Lilli-Martius-Schule (Kiel)
- Hermann-Löns-Schule (Kiel)
- andere Schule: _____ (Bitte angeben!)

Klasse 4 __ (Bitte geben Sie die genaue Klassenbezeichnung an!)



Die Schülerin/ der Schüler soll möglichst mit dieser/diesem Schülerin/Schüler eine Klasse besuchen: (**WICHTIG- WUNSCH!**)

(Name(n) der/des Mitschülerin/Mitschülers, die möglichst gemeinsam mit der Schülerin/ dem Schüler in eine Klasse kommen sollen)

Ggf. genauere Informationen zum Wunsch:

Angaben zur Schülerin/ zum Schüler:

Die Schülerin/ der Schüler lebt in einem Haushalt mit einem Kind oder mehreren Kindern, welches/ die bereits an unserer Schule angemeldet ist/sind. (Geschwisterkind)

Name und Klassenstufe des Geschwisterkindes/ der Geschwisterkinder:

Welche der folgenden Eigenschaften nehmen Sie im Umgang mit Ihrem Kind verstärkt wahr? (Bitte kreuzen Sie entsprechende Eigenschaften an!)

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> ruhig | <input type="checkbox"/> freundlicher Umgang |
| <input type="checkbox"/> aufgeweckt | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> kontaktfreudig |
| <input type="checkbox"/> lebhaft | <input type="checkbox"/> träumerisch | <input type="checkbox"/> schüchtern |

Besondere Eigenschaften:

Bitte geben Sie besondere Eigenschaften an, wenn diese vermehrt im schulischen Kontext bzw. im Zusammenhang mit dem Thema Lernen hervortreten.

Mit welchen der folgenden Punkte lässt sich die Arbeitsweise Ihres Kindes beschreiben? (Bitte kreuzen Sie entsprechende Merkmale an!)

Erledigung der Hausaufgaben	Lernen	Selbstständigkeit
<input type="checkbox"/> regelmäßig/zuverlässig	<input type="checkbox"/> ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/> immer
<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung/ Nachhilfe	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
<input type="checkbox"/> braucht viel Zeit	<input type="checkbox"/> fleißig	<input type="checkbox"/> braucht viel Zeit
<input type="checkbox"/> nicht regelmäßig	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung	<input type="checkbox"/> benötigt Unterstützung

Anmerkungen:



Welchen Freizeitbeschäftigungen geht Ihr Kind nach? Bitte geben Sie die Hobbys und ggf. die Mitgliedschaft in Vereinen etc. an!

Ist Ihr Kind gesundheitlich eingeschränkt? Hat Ihr Kind eine Allergie oder eine Unverträglichkeit?

Allergien: _____

Unverträglichkeiten: _____

Sonstige Einschränkungen: _____

Hat Ihr Kind ein Aufmerksamkeitsdefizit? Bitte geben Sie die Form an!

- Aufmerksamkeitsdefizit - Syndrom (ADS)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
- weder noch

Ggf. nähere Beschreibung:

Entscheidung für unsere Schule:

Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Punkte Sie bei der Wahl unserer Schule beeinflusst haben. (Kreuzen Sie bitte entsprechend an!)

	Großer Einfluss	Einfluss	Keinen Einfluss
Informationsabend in den Grundschulen			
Informationsabend in unserer Schule			
Internetpräsentation der Schule (Homepage)			
Darstellung der Schule durch die Presse			
Darstellung der Schule durch andere Eltern			
Nähe zum Wohnort			
Nachmittagsangebot/OGTS			

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.