



# Grundschule **Altstädter Schule**

Miteinander leben  
lernen wachsen

Lotter Straße 6  
49078 Osnabrück

☎ 0541 323 81100  
Fax: 0541 323 81199

✉ info@altstaedter-grundschule.de  
<https://www.altstaedter-grundschule.de>

## Anmeldung für das Schuljahr 20 21/2022

<b>Nachname</b> (des Kindes):	<b>Vorname</b> (des Kindes):	<b>Kann-Kind</b> (Stichtag 2.10.____) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Anschrift:</b>	<b>Telefon:</b>	
<b>E-Mail-Adresse:</b>	<b>Handy:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Staatsangehörigkeit:</b>	<b>Herkunftsland:</b>	<b>Sprache:</b>
	<b>In Deutschland seit:</b>	
<b>Bekenntnis:</b> <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch-lutherisch <input type="checkbox"/> andere Konfession <input type="checkbox"/> ohne Konfession	<b>Teilnahme am konfessionell-kooperativen Religionsunterricht:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Teilnahme an Werte und Normen</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Erziehungsberechtigte:</b>	Mutter (Name):	Vater (Name):
<b>Anschrift und Telefon</b> (falls von oben abweichend):	<b>Straße</b>	<b>Telefon</b>
<b>Sorgeberechtigte:</b> <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> nur die Mutter <input type="checkbox"/> nur der Vater <input type="checkbox"/> andere Personen	Wenn nur ein Elternteil sorgenberechtigt ist, bitte eine <b>Sorgerechtsbescheinigung</b> vorlegen. <input type="checkbox"/> hat vorgelegen <input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
<b>Mein Kind besuchte eine Kindertagesstätte:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Name der Kindertagesstätte:</b>		
<b>Schweigepflichtsentbindung:</b> Ich/Wir entbinde(n) hiermit die Kindertagesstätte (Auskunft über den Entwicklungsstand) und das Gesundheitsamt von der Schweigepflicht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Freunde, die mit in eine Klasse kommen sollten</b> (max. drei Angaben):		

**Krankheiten, Beeinträchtigungen** (z. B. Allergien): nein ja, welche: \_\_\_\_\_**Zahngesundheit:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind während der Grundschulzeit an der zahnärztlichen Untersuchung durch den Zahnarzt / die Zahnärztin und des Teams Zahngesundheit des Gesundheitsdienstes für Landkreis und Stadt Osnabrück teilnimmt.

Zahnarzt  ja  neinZahngesundheit/  
Zahnprophylaxe  ja  neinMasernschutz  ja  neinDer Impfnachweis für den Masernschutz hat vorgelegen.  ja  nein**Fotoaktion NOZ:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein Kind an der Fotoaktion der NOZ „Mein erster Schultag“ teilnimmt (Foto ohne Namensnennung).

 ja  nein**Dokumentation des Schullebens:**

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Dokumentation des Schullebens Bilder, auf denen mein Kind zu sehen ist, auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden.

 ja  nein**Betreuung im Rahmen der Verlässlichen Grundschule bis 13:00 Uhr erwünscht:** ja  nein**Betreuung im Hort nach 13:00 Uhr:** ja  nein**Von der Schule auszufüllen:**Geburtsurkunde hat vorgelegen:  ja nein**Erklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten**

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten/Fotos/Email-Adressen elektronisch verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung der Altstädter Schule verwendet und gemäß den gesetzlichen Vorschriften streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Das Informationsblatt gemäß Art. 13 ff. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich erhalten.

Ich / Wir bestätige(n), dass unser Kind nur an dieser Schule angemeldet ist.

Ort, Datum:

Unterschrift:



# Grundschule **Altstädter Schule**

Miteinander leben  
lernen wachsen

Lotter Straße 6  
49078 Osnabrück

☎ 0541 323 81100  
Fax: 0541 323 81199

✉ info@altstaedter-grundschule.de  
<https://www.altstaedter-grundschule.de>

## Besuchernachweis

Datum: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr

Name: \_\_\_\_\_

Anlass/Grund: \_\_\_\_\_

Telefonnummer / E-Mail / Adresse:

---

Die erhobenen Daten werden ausschließlich auf Anforderung der zuständigen Gesundheitsbehörden zur Nachverfolgung von möglichen Infektionswegen weitergegeben werden. Die Kontaktdaten werden für einen Zeitraum von einem Monat aufbewahrt und dann vernichtet.