

**Marienstift Arnstadt**  
**Emil-Petri-Schule**  
**Christliches Montessori- Schulzentrum**



Marienstift Arnstadt, Emil-Petri-Schule, Rudolstädter Straße 30, 99310 Arnstadt, Tel. 03628/66390, Fax 663925

**Aufnahmeantrag**

Bitte ankreuzen!

<b>Einschulung in</b>	Montessori- GS	Förderzentrum
-----------------------	----------------	---------------

Aufnahme in Klasse ____	Montessori- GS	Montessori-Regelschule	Montessori Abiturstufe	Förderzentrum
im Schuljahr /	ab (Monat/ Jahr)			

Name, Vorname des **Kindes**: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_ Stellung in der Geschwisterreihe: \_\_\_\_\_

**Eltern/ Erziehungsberechtigte**

Name, Vorname der **Mutter**: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des **Vaters**: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigt? ja/ nein

Erziehungsberechtigt? ja/ nein

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse u. Telefon (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Adresse u. Telefon (falls abweichend): \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Bisher besuchte Einrichtungen** (vorschulische u. schulische):

Zeitraum/ Klasse	Kita/ Schule	Ort

Wurde bei Ihrem Kind ein Förderbedarf festgestellt? ja nein  
 (Wenn ja kurz benennen, in welchem Bereich dieser liegt. /  
 Therapiemaßnahmen/ notwendige Hilfsmittel u. Medikamente)

Teilnahme – Tag der offenen Tür / Hospitation / Informationsveranstaltung – Wann? \_\_\_\_\_  
 (Bitte kennzeichnen.)

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Erziehungsberechtigten