



**FRAGEBOGEN ZUR SCHÜLERAUFNABME IN DIE UNTERSTUFE**

**SCHULJAHR**

Jahrgangsstufe \_\_\_\_\_

Name des Kindes:

\_\_\_\_\_  
(Nachname)

\_\_\_\_\_  
(Vorname)

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

Geburtsurkunde:

- liegt bei  
 wird nachgereicht

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Straße/Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ/Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnr.)

Bitte kleben Sie hier ein  
möglichst aktuelles Foto  
Ihres Kindes ein!

Falls Anschrift der Eltern bzw. eines Elternteiles abweichend vom Kind, bitte auf extra Blatt angeben!

Angaben zur Familiensituation:

- Leibliches Kind       Eltern geschieden  
 Pflegekind           Eltern wiederverheiratet  
 Adoptivkind         Eltern getrennt lebend

Anzahl/Alter der Geschwister:

Sorgerechtsbeschluss:

- liegt bei  
 wird nachgereicht

Schwestern:

\_\_\_\_\_  
(Anzahl)      (Alter)

Brüder:

\_\_\_\_\_  
(Anzahl)      (Alter)

Kind lebt bei \_\_\_\_\_

- Geschwister an der Montessorischule  
 Geschwister im Montessori-Kinderhaus

Charakterisieren Sie kurz Ihr Kind! \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was sollten die Pädagogen/innen über Ihr Kind wissen? (besondere Begabungen und Interessen, Angaben zu Krankheiten, charakterliche/psychische/physische Besonderheiten, Therapien, Medikamente, familiäre Bedingungen, Hochbegabung, Hyperaktivität, Entwicklungsverzögerung, Teilleistungsstörungen o.ä.) \*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Bitte Gutachten, Befunde, Tests o.ä. beilegen)

Ist das Kind in therapeutischer Behandlung?  
(z.B. Ergotherapie, Logopädie, Verhaltenstherapie)

---

---

Liegen Gutachten oder Testergebnisse vor? (z.B. über ADS-ADHS/Legasthenie/Dyskalkulie)

- ja (Bitte Kopien beifügen!)
- nein

Stehen Testergebnisse noch aus?

- ja (Welche? Bitte nachreichen!)
- nein

---

Ist ihr Kind zu einer Therapie angemeldet?

- ja (Welche?)
- nein

---

Welche Freizeitaktivitäten betreibt ihr Kind?

---

---

In welchen Bereichen (Situationen) halten Sie es für notwendig, Ihrem Kind klare Grenzen zu setzen?

---

---

Wenn Sie an Ihre eigene Schulzeit denken, welche Erinnerungen haben Sie?

---

---

Wodurch sind Sie auf unsere Schule aufmerksam geworden? \*

Warum möchten Sie ihr Kind bei uns einschulen? Welche Gründe haben Sie dazu bewogen?

Vater:

Mutter:

---

---

---

Welche Erwartungen haben Sie? \*

Vater:

---

---

---

Mutter:

---

---

---

Konnten Sie sich mit den Prinzipien der Montessori- Pädagogik vertraut machen?

Vater:

---

---

---

Mutter:

---

---

---

Wir als Montessori-Volksschule führen die Kinder ganzheitlich von der 1. Klasse bis zur 9. bzw. 10. Klasse. Wie stehen sie dazu?

---

---

---

Ihr Kind wird in jahrgangsgemischten Gruppen lernen.  
Jahrgang 1 bis 3 = Unterstufe, Jahrgang 4 bis 6 = Mittelstufe, Jahrgang 7 bis 10 = Oberstufe  
Wie stehen Sie dazu?

---

---

---

Kennen Sie oder Ihr Kind andere Kinder, die bereits unsere Schule besuchen oder jetzt angemeldet sind? \*

---

---

Haben Sie bereits Vorstellungen über die weitere Schullaufbahn Ihres Kindes? \*

---

---

Wünschen Sie, dass Ihr Kind mit einem bestimmten Kind in die Klasse geht?

nein

ja, mit

---

Wollen Sie uns sonst noch etwas mitteilen? \*

---

---

Sonstige Bemerkungen zur Schulaufnahme oder dem Aufnahmeverfahren. \*

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

---

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\*gegebenenfalls extra Blatt verwenden!