



Antrag zur Aufnahme  
**Waldorfschule**

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Lehrer \_\_\_\_\_  
(Wird von Schule ausgefüllt)

**Personalien des Schülers / der Schülerin**

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vornamen:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Kreis/Land** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_ **Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_

**Personalien der Eltern**

Mutter

Vater

**Familienname** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Strasse, Nummer** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigung:** \_\_\_\_\_  
(bei getrennt lebenden Eltern)

**Geschwister:**

Name Vorname

Geburtsdatum:

besucht Schule/ Kindergarten:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Das Kind hat bisher besucht:**

Von

bis

Kindergarten / Schule

Klasse

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Besuchsregelung und Aufenthaltsregelung** (bei getrennt lebenden Eltern)

**Gibt es weitere (nahestehende) Bezugspersonen** (bitte Verhältnis angeben)

**Wer ist im Notfall anzurufen/zu benachrichtigen:**

1.)

2.)

3.)

**Welche Krankheiten und Kinderkrankheiten hat / hatte Ihr Kind:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Impfungen:** \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind körperliche oder seelische Besonderheiten?**

**Befindet sich Ihr Kind in ärztlicher/therapeutischer Behandlung**

**Bitte beschreiben Sie das Wesen Ihres Kindes:**

**Beschreiben Sie die für Ihr Kind prägenden Erlebnisse:**

**Wie sind Sie auf unsere Schule gestoßen und welche Beweggründe liegen Ihrer Anmeldung zugrunde ?**

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Mutter:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Vater:** \_\_\_\_\_