

Schule gemäß Schuleinzugsbereich

Datum der Anmeldung: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen!
Nur zur internen Bearbeitung!

Anmeldung zum Schulaufnahmeverfahren für das Schuljahr 2021/22

Gewünschte Grundschule	
-------------------------------	--

Hinweis für Schulen mit deckungsgleichen Schulbezirken:
Maßgebend für die Aufnahmeentscheidung sind die Nähe der Schule zur Wohnung sowie wichtige Gründe. Ist eine Aufnahme an der gewünschten Schule nicht möglich, wird die Anmeldung an die nächstgelegene Grundschule mit freier Kapazität weitergeleitet.

Daten des Kindes (gemäß Datenschutzverordnung Schulwesen)	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache	
Aufenthaltsstatus**	
Religion*	
Wohnanschrift	
Bisher besuchte Kita	

Personensorgeberechtigte	Name	Vorname	Familienstand*
Mutter			
Vater			
andere			

Daten der Personen-sorgeberechtigten	Mutter	Vater
Wohnanschrift		
Arbeitsstelle		
Krankenversicherung des Kindes		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
Mailadresse*		

(* - freiwillige Angaben, ** - nur bei fremdsprachigen Kindern ausfüllen)

Besondere Hinweise der Erziehungsberechtigten	
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit aller Angaben. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Schule die Daten nur zu Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben verwendet.

Unterschrift: _____

Eingangsbearbeitung durch die für den Wohnort zuständige Schule

Sachverhalt		ja	nein	Datum	Bemerkung
Eltern tragen Bedenken zur Schulaufnahme vor					
Förderbedarf wird vermutet					
Sonderpädagogischer Förderbedarf wird vermutet					
Antragstellung (Die Anträge sind gesondert zu stellen.)	Vorzeitige Einschulung				
	Zurückstellung vom Schulbesuch				
	Förderausschussverfahren				
	Primäreinschulung Förderschule				
	Antrag nach § 106 BbgSchulG				
Hinweis auf schulärztliche Untersuchung					
Erläuterung des Schulaufnahmeverfahrens					
Hinweis auf Ausgabe des Schulaufnahmebescheides					
Hortbesuch ist geplant					
Hinweis auf Verfahren der Hortanmeldung					
Vorgesehener Hort					

Bemerkungen	
-------------	--

Weitergabe der Anmeldeunterlagen an die gewünschte Schule! Trifft nur bei deckungsgleichen Schulbezirken und bei der Wahl von Ersatzschulen zu! Sonst Antragstellung nach § 106 BbgSchulG!

Wird eine andere Schule gewünscht?	ja		nein	
------------------------------------	-----------	--	-------------	--

Abgabe durch die zuständige Schule - Unterschrift / Datum	Eingang in der gewünschten Schule - Unterschrift / Datum
---	--

Antragsgrund

- ☐ Umschulung in eine andere Grundschule
- ☐ weitere Beschulung an der bisherigen Grundschule bei Wohnortwechsel
- ☐ Einschulung des Lernanfängers in einer anderen Grundschule

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Stellung des Kindes zum Antragsteller			
Name und Ort der zuständigen Grundschule			Jahrgangsstufe

Nachname		Vorname	
Straße und Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		Ortsteil
Telefon mit Vorwahl		Email-Adresse	

Name und Ort der gewünschten Schule	ab Datum
Begründung (gegebenenfalls Anlagen beifügen)	

Ort und Datum	Unterschrift der Antragstellerin oder des Antragstellers
---------------	--

Stellungnahme der zuständigen Grundschule

Dem Antrag wird <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> nicht zugestimmt	Ort, Datum	Unterschrift Schulleitung
--	------------	---------------------------

Erläuterungen

Stellungnahme der gewünschten Grundschule

Dem Antrag wird <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> nicht zugestimmt	Ort, Datum	Unterschrift Schulleitung
--	------------	---------------------------

Erläuterungen

*wird vom abgebenden Schulträger ausgefüllt***Stellungnahme des zuständigen Schulträgers**

Dem Antrag wird <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> nicht zugestimmt	Ort, Datum	Unterschrift
--	------------	--------------

Erläuterungen

*wird vom aufnehmenden Schulträger ausgefüllt***Stellungnahme des Schulträgers der gewünschten Grundschule**

Dem Antrag wird <input type="checkbox"/> zugestimmt <input type="checkbox"/> nicht zugestimmt	Ort, Datum	Unterschrift
--	------------	--------------

Erläuterungen

*wird vom Staatlichen Schulamt ausgefüllt***Entscheidung der Schulaufsicht**

Kenntnisnahme Schulrätin/Schulrat der aufnehmenden Schule (Datum/Handzeichen)

Der Antrag wird <input type="checkbox"/> genehmigt <input type="checkbox"/> nicht genehmigt	Datum	Handzeichen der Schulrätin oder des Schulrates
--	-------	--

Begründung

Abschließende Sachbearbeitung Schulaufsicht

Bescheid an Antragsteller (Datum und Handzeichen)

**Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch für das Schuljahr 2021/2022
gemäß § 51 Absatz 2 des Brandenburgischen Schulgesetzes**

Angaben zum Kind		
Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Name und Anschrift der bisher besuchten vorschulischen Einrichtung	Telefon mit Vorwahl	E-Mail
Angaben zu den Sorgeberechtigten		
Stellung des Kindes zur Antragstellerin/zum Antragsteller		
Name	Vorname	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail	
Nachname	Vorname	
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	
Telefon mit Vorwahl und Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit	E-Mail	
Begründung des Antrages		
(Anlagen beifügen)		

beigefügte Anlagen (freiwillig)
<input type="checkbox"/> fachärztliche Diagnosen
<input type="checkbox"/> Erfassungsbogen der „Grenzsteine der Entwicklung“
<input type="checkbox"/> Ergebnis der Sprachstandfeststellung
<input type="checkbox"/> Berichte der Kita/Tagespflege
<input type="checkbox"/> andere zweckdienliche Unterlagen

Datum

Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte Personen

Erklärung zur Schweigepflichtentbindung, Gestattung zur Akteneinsicht sowie zur Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten

Name, Vorname (der Eltern oder des Elternteils oder der sonstigen sorgeberechtigten Personen)

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Hiermit gestatte ich / wir Frau / Herrn
die Überprüfung und Verarbeitung personenbezogener Daten
zu meinem / unserem Kind:
geboren am:

Darüber hinaus wird gestattet, dass die o.g. Person im Rahmen des Verfahrens zur
Zurückstellung vom Schulbesuch in zweckdienliche Unterlagen Einsicht nehmen
darf.

Ich / Wir entbinden die zuständige Mitarbeiterin / den zuständigen Mitarbeiter
(bitte entsprechend ankreuzen und jeweils genaue Bezeichnung):

- ☐ des Jugend – und Sozialamtes
Frau / Herrn
- ☐ des Kinder- und Gesundheitsdienstes im Gesundheitsamt
Frau / Herrn
- ☐ der schulpsychologischen Beratung
Frau / Herrn
- ☐ der vorschulischen Einrichtungen
Frau / Herrn
- ☐ therapeutischer Einrichtungen
Frau / Herrn
- ☐ anderer Einrichtungen
Frau / Herrn

von der Schweigepflicht (im Sinne einer gegenseitigen Schweigepflichtentbindung)
hinsichtlich der Herausgabe von Informationen zu meinem / unserem Kind.

Hinweis: In Zusammenhang mit der Durchführung des Verfahrens zur
Zurückstellung vom Schulbesuch besteht keine Verpflichtung zur
Schweigepflichtentbindung. Entsprechend wird das Verfahren auch durchgeführt,
wenn keine oder nur eine auf einzelne Einrichtungen bezogene
Schweigepflichtentbindung erteilt wird. Die Schweigepflichtentbindung kann
jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
Zugleich wird in die Übermittlung und weitere Verarbeitung der auf der Grundlage

der Schweigepflichtentbindung gewonnenen personenbezogenen Daten
meines/unseres Kindes für die unmittelbaren Zwecke des Verfahrens zur
Zurückstellung vom Schulbesuch eingewilligt.

Datum

Unterschrift Eltern, Elternteil oder andere sorgeberechtigte
Personen



**Anmeldeformular –
VHG mit IKTB-Betreuung
für die Einrichtung:**



Inselschule Töplitz

PK:

Eingangsdatum der Anmeldung	
Name u. Vorname der Eltern	
Anschrift	
Tel.Nr. E-Mailadresse	
Name des Kindes	
Geb.-Datum	
Anzahl im Haushalt lebende Kinder	
Beginn der Betreuung	
welche Betreuung ist gewünscht:	Ganztagsbetreuung 14.00 – 17:30 Uhr Frühbetreuung 06:00 – 07:30 Uhr
aus welcher Einrichtung kommt das Kind	
Klasse	
Besonderheiten	

STADT WERDER (HADEL)

Staatlich anerkannter Erholungsort

Die Bürgermeisterin



Mitglied in der AG „Städte mit historischen Stadtkernen“
des Landes Brandenburg

Mitglied im Gemeindeforum Havelseen

Internet: <http://www.werder-havel.de>

Email: poststelle@werder-havel.de *



Eisenbahnstraße 13/14 – 14542 Werder (Havel)

Öffnungszeiten:

Montag: 08:00 – 13:00 Uhr
Dienstag: 08:00 – 12:00 und 13:00 – 18:00 Uhr
Mittwoch: nur nach telefonischer Vereinbarung
Donnerstag: 08:00 – 12:00 und 13:00 –
16:00 Uhr
Freitag: 07:00 – 12:00 Uhr

Ortsteile:

Petzow, Bliesendorf, Plötzin, Glindow,
Phöben, Kemnitz, Töplitz, Derwitz

Fotovollmacht

Name des Kindes:

Die Eltern geben Ihre Einwilligung,

dass Foto - Aufnahmen,

die die Einrichtung im Betreuungsalltag, auf Ausflügen und Festen erstellt und auf denen auch ihr Kind/sie selbst abgebildet ist/sind,

- für Portfolioarbeiten genutzt wird

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

- für Druck – Erzeugnisse genutzt wird

(z.B. Einrichtungskonzept, Elternbriefe, Jahresberichte, Chroniken)

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

- für Internet genutzt wird

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

- für Präsentationen genutzt wird

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

Der Name des Kindes darf genannt werden

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

Die Eltern geben Ihre Einwilligung,

dass Foto-, Film- und Ton-Aufnahmen, die Medienvertreter in der Einrichtung erstellen und auf denen auch ihr Kind abgebildet oder zu hören ist, in **Presse und Rundfunk** veröffentlicht werden, soweit dadurch keine schutzwürdigen Interessen des Kindes und der Familie beeinträchtigt werden.

Die Eltern willigen

ein ☐

nicht ein ☐

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten

Für eventuelle Rückfragen stehen Ihnen Ihre Einrichtungsleitung und die Stadtverwaltung gern zur Verfügung.



Öffnungszeiten:

Montag: geschlossen
Dienstag: 08:00 – 12:00 und 13:00 – 18:00 Uhr
Mittwoch: geschlossen
Donnerstag: 08:00 – 12:00 und 13:00 – 16:00 Uhr
Freitag: 07:00 – 12:00 Uhr

Ortsteile: Petzow, Bliesendorf, Plötzin, Glindow,
Phöben, Kernitz, Töplitz, Derwitz

Internet: <http://www.werder-havel.de>

Email: poststelle@werder-havel.de *

Formular zur Einwilligung zur Anfertigung von Bildaufnahmen in kommunalen Kindertagesstätten

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

im Rahmen der Aktivitäten in unserer Einrichtung werden Fotos der beteiligten Kinder gemacht. So besteht die Möglichkeit, Porträtbilder und Gruppenfotos, Fotos für den Geburtstagsplan, das Schuh-/Garderobenfach des Kindes sowie Fotos von Einrichtungsfesten und Ausflügen anzufertigen. In all diesen Fällen dürfen Fotos nur mit Einwilligung der Erziehungsberechtigten angefertigt werden.

Bilder zur Dokumentation des kindlichen Entwicklungsprozesses sind zulässig, wenn dies zum Gegenstand des Betreuungsvertrages gemacht wurde. Einer gesonderten Einwilligung für Bilder zu diesem Dokumentationszweck bedarf es nicht.

Daher möchten wir hierzu im Folgenden Ihre Einwilligung einholen.

Name, Vorname, Geburtsdatum und Gruppe des Kindes

Hiermit willigen wir in die Anfertigung von Bildern der oben bezeichneten Person für folgende Zwecke ein:

Bitte ankreuzen!

- ☐ Porträt- und Gruppenfotos
- ☐ Fotos zur Anfertigung eines Geburtstagsplanes
- ☐ Fotos für Schuh-/Garderobenfach meines Kindes
- ☐ Fotos vom Einrichtungsfesten und Ausflügen

Die Einwilligung ist **jederzeit** ohne die Nennung von Gründen bei der Leitung widerruflich. Wird die Einwilligung nicht widerrufen, gilt sie zeitlich unbeschränkt, d.h. über die Kita-Zeit hinaus. Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen oder widerrufen, entstehen Ihnen und Ihrem Kind keine Nachteile.

[Ort, Datum]

[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten]



Masernschutzgesetz

Wie weise ich Masern-Impfungen oder Masern-Immunität nach?

Wie finde ich die Angaben zu Masern-Impfungen im Impfausweis?

Der Impfausweis bietet Ihnen eine Übersicht, wann Sie gegen was von wem geimpft wurden.

- 1 Schlagen Sie zuerst die Seite auf, wo die Impfungen für Masern bzw. für Masern, Mumps und Röteln eingetragen sind (meist Seite 5).
 - 2 Prüfen Sie, ob Sie in der Spalte für Masern bzw. Masern, Mumps und Röteln zwei Kreuze (bei einjährigen Kindern vor dem 2. Geburtstag: 1 Kreuz) finden.
- Kontrollieren Sie, ob in den Zeilen mit den Kreuzen eine Unterschrift der Ärztin oder des Arztes und ein Praxisstempel vorhanden sind.
- Wenn beide Impfungen (bei einjährigen Kindern vor dem 2. Geburtstag: 1 Impfung) mit Unterschrift und Praxisstempel in Ihrem Impfausweis stehen, können Sie das Dokument bei dem Leiter bzw. der Leiterin der Einrichtung zur Prüfung vorlegen. Alternativ kommt eine Bestätigung in elektronischer Form in Betracht.

Copyright: Y.B.

TIPPS

Wenn Sie die Einträge zu den Impfungen nicht finden können:

- In älteren Impfausweisen sind die Masern-Impfungen häufig alleine dokumentiert, in neueren Impfausweisen finden Sie meist einen gemeinsamen Eintrag für Masern, Mumps und Röteln (MMR).
- Die Kreuze können sich auch auf unterschiedlichen Seiten befinden, wenn z.B. noch andere Impfungen zwischen den Einträgen notiert sind.

Wenn Sie keine Einträge zu Masern finden oder nur den Eintrag zur ersten Impfung, machen Sie einen Impftermin bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin.

Fehlt Ihnen eine Unterschrift und/oder der Praxisstempel, kann Ihr Arzt/Ihre Ärztin diese eventuell ergänzen, da alle Impfungen in dieser Praxis auch in Ihrer Patientenakte dokumentiert werden.

Welche Angaben muss das ärztliche Zeugnis über Masernschutz enthalten?

Ein ärztliches Zeugnis bescheinigt das Vorliegen eines Masernschutzes oder einer Kontraindikation zur Masern-Impfung und sollte daher Folgendes enthalten:

Nachweis über einen ausreichenden Masern-Impfschutz

Ein ausreichender Masern-Impfschutz besteht, wenn ab einem Alter von 12 Monaten mindestens eine Schutzimpfung gegen Masern und ab einem Alter von 24 Monaten zwei Schutzimpfungen gegen Masern durchgeführt wurden.

oder

Nachweis über ausreichende Masern-Immunität

Ein ausreichender Masernschutz besteht auch, wenn eine Immunität gegen Masern vorliegt, zum Beispiel aufgrund einer zurückliegenden Infektion mit Masern. Die Immunität kann durch eine Blutuntersuchung im Labor festgestellt werden.

oder

Nachweis über medizinische Kontraindikationen

Manche Personen können sich aufgrund bestimmter Umstände, wie z. B. Schwangerschaft oder Beeinträchtigungen des Immunsystems, nicht impfen lassen. Personen, bei denen eine sogenannte medizinische Kontraindikation (dauernd oder vorübergehend) vorliegt, müssen dies durch ein ärztliches Zeugnis bescheinigen. Bei einer vorübergehenden Kontraindikation muss die Dauer, während der nicht geimpft werden kann, mit angegeben sein.

Wie belegen Sie, dass Sie Ihren ausreichenden Masernschutz schon einmal nachgewiesen haben?

Personen, die ihren Impfschutz oder ihre Immunität schon einmal nachgewiesen haben, können sich dies von einer staatlichen Stelle oder der Leitung der Einrichtung, in der sie betreut oder beschäftigt waren, bestätigen lassen und bei der neuen Prüfung (z. B. bei einem Wechsel der Einrichtung) vorlegen.

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
Alle Rechte vorbehalten.

Erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Robert Koch-Institut sowie dem Paul-Ehrlich-Institut.

Diese Bürgerinformation wird auf der Homepage www.masernschutz.de kostenlos zum Download angeboten.