

Weitere Angaben zur Registrierung an der Tulla-Realschule

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

1. Nimmt Ihr Kind Medikamente? NEIN JA, folgende

2. Hat Ihr Kind gesundheitliche Probleme (Krankheiten, Allergien)?

3. Gibt es eine **diagnostizierte** Form der Beeinträchtigung? (bitte ankreuzen)

Legasthenie ADHS Dyskalkulie

Sonstiges _____

Reichen Sie die Belege dazu nach!

4. Gibt es Unterlagen von Ärzten / Therapeuten, von denen die Schule Kenntnis haben sollte?

5. Wer ist sorgeberechtigt? (bitte ankreuzen)

Mutter Vater weitere Personen _____

6. Welche Sprachkenntnisse hat Ihr Kind?

7. Daten für Berufsberatung

Wir sind damit einverstanden, dass die zur Berufsausbildung, -findung relevanten Informationen an den schulinternen Ausbildungslotsen der Tulla-Realschule oder den zuständigen Berufsberater der Arbeitsagentur bei Bedarf weitergegeben werden.

Unterschrift: _____