

## Besondere Hinweise

Gruppe:  blau  gelb  türkis  rot

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

### I. Herkunftsland der Eltern:

**Vater:**

deutschsprachiger Raum

nicht deutschsprachiger Raum

als Spätaussiedler anerkannt

**Mutter:**

deutschsprachiger Raum

nicht deutschsprachiger Raum

als Spätaussiedler anerkannt

### II. Hauptsprache in der Familie:

in der Familie wird vorrangig **Deutsch** gesprochen

in der Familie wird vorrangig **nicht Deutsch** gesprochen

### III. Beeinträchtigung des Kindes:

Erhält Ihr Kind Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII oder 35 a SGB VIII wegen körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung?

ja (Bestätigung beifügen)

nein

### IV. Nachweis über ärztliche Impfberatung wurde vorgelegt:

ja

nein / Begründung \_\_\_\_\_

### V. Nachweis über Masernimpfung wurde vorgelegt

ja

nein / Attest vom \_\_\_\_\_

### VI. U- Heft oder Ärztl. Attest wurde bei der Anmeldung in der Schule vorgelegt.

ja

nein / Begründung \_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind.  
Mir ist bekannt, dass Änderungen nach BayKiBiG Art. 26a Abs. 1  
unverzüglich mitzuteilen sind.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r