

# Anmeldeantrag

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und auf Seite 4 und Seite 8 unterschreiben

Name des unterzeichnenden Elternteils/gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

Ich möchte gerne folgendes Kind an der Europäischen Schule Karlsruhe anmelden

## 1. AUSKÜNFTE BEZÜGLICH DES SCHÜLERS

Name/Vorname

Adresse des Kindes/der Kinder:

Adresse des Kindes in Deutschland (falls abweichend)

Telefonnummer der Eltern/Gesetzlicher  
Vertreter

e-Mail Adresse der Eltern/Gesetzliche  
Vertreter

Geschlecht: M  W

Geburtsort

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Nationalität

Muttersprache/Hauptsprache

In der Familie gesprochene Sprache

Beantragte Stufe und Klasse: Kindergarten

Grundschule (GS)

Oberschule (OS)

Klasse 1

Klasse 1

Klasse 2

Klasse 2

Klasse 3

Klasse 3

Klasse 4

Klasse 4

Klasse 5

Klasse 5

Klasse 6

Klasse 7

Beantragte Sprachabteilung:

English

Deutsch

Français

2. Sprache (L2)

English

Deutsch

Français

Die zweite Sprache (L2) muss eine andere sein als die 1. Sprache und ist abhängig von der Verfügbarkeit

Religion/Moral :

Katholisch

Evangelisch

Moral

Religion/Moral je nach Verfügbarkeit

Wird von der Schule ausgefüllt:

Sektion:

Ab Schuljahr:

Klasse :

L1 :

von:

L2 :

Kat :

Anmeldegebühr

## 2. AUSKÜNFTEN BEZÜGLICH DER ELTERN / DES GESETZLICHEN VERTRETERS

MUTTER

VATER

GESETZLICHER  
VERTRETER

Name

Name

Name

Vorname

Vorname

Vorname

Adresse

Adresse

Adresse

Staatsangehörigkeit/  
Sprache

Staatsangehörigkeit/  
Sprache

Staatsangehörigkeit/  
Sprache

Beruf

Beruf

Beruf

Arbeitgeber

Arbeitgeber

Arbeitgeber

Telefon (dienstlich)

Telefon (dienstlich)

Telefon (dienstlich)

Mobiltelefon

Mobiltelefon

Mobiltelefon

e-Mail-Adresse

e-Mail-Adresse

e-Mail-Adresse

## GESCHWISTER

Name

Vorname

Geburtsdatum

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## FAMILIENSTATUS

Verheiratet

Ledig

Geschieden

Sonstiges

Haben beide Eltern das Sorgerecht?

Ja  Nein

Falls „NEIN“ bitte entsprechende Nachweise vorlegen!

Kontakt im Falle eines NOTFALLS

Name

Verwandtschaft/Verbindung

Tel. Nr.

### 3. ANGABEN ZUR SCHULLAUFBAHN

---

Name der Schule / Land

Schuljahr

Klasse

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Bitte führen Sie alle besuchten Schulen auf und senden Sie uns Kopien der Zeugnisse.

Unterrichtssprache

Fremdsprachenkenntnisse

Anzahl der Schuljahre

Wenn ja, bitte Kommentar

Hat der Schüler eine Jahrgangsstufe wiederholt? Klasse/Schuljahr?

Ja

Nein

Hat der Schüler eine Klasse übersprungen? Klasse/Schuljahr?

Ja

Nein

Hatte der Schüler Lernschwierigkeiten/besondere Bedürfnisse?

Ja

Nein

Hat der Schüler Unterstützung beim Lernen erhalten?

Ja

Nein

Hatte das Kind körperliche Behinderungen?

Ja

Nein

War das Kind jemals in einer der folgenden Behandlungen?

Kinderpsychologe

Kinderpsychiater

Sprachstörungen

oder Logopäde

Sonstige

Falls ja, für wie lange? .....

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Adresse, Tel. Nr. und e-Mail-Adresse auf der Elternkontaktliste aufgeführt ist.

Ja

Nein

Wie haben Sie von unserer Schule gehört?

Website

Firma

Kollegen

Relocation Company

Sonstige

## 4. RECHTLICHES

---

### Bitte folgende Bescheinigungen beifügen

Geburtsurkunde (Kopie)

Abgangszeugnis der letzten Schule

Dienstbescheinigung  Die Bescheinigung ist nur für Kategorie 1 Schüler – für Mitarbeiter des Joint Research Centre (JRC) und Ombudsmann.

Aktuelle Gehaltsbescheinigung

Ärztliche Bescheinigung der Eignung zum Schulbesuch

Blatt Fächerwahl  Nur für Oberschule

**⚠ Bitte beachten Sie, dass der Anmeldeantrag erst nach Überweisung der Anmeldegebühr von 200,00 € (siehe Seite 5) bearbeitet werden kann.**

Der/die Unterzeichnete nimmt zur Kenntnis, dass der Aufnahmeantrag erst dann bewilligt ist, wenn der Direktor die Aufnahme genehmigt hat. Vorher kann der Schüler am Unterricht nicht teilnehmen.

Gemäß Art. 46ff der **“Allgemeinen Schulordnung”** wird die Aufnahme des Schülers/der Schülerin erst endgültig, wenn alle erforderlichen Unterlagen der Personalakte beigefügt worden sind.

Der/die Unterzeichnete erklärt ausdrücklich, ein Exemplar der **“Allgemeinen Organisation/Wegweiser”** erhalten zu haben und verpflichtet sich, bei Aufnahme des Kindes zur Zahlung der dort einzelnen aufgeführten Kosten und Gebühren.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass mit Abgabe des unterschriebenen Antragsformulars und einer anschließenden Aufnahme in die Europäische Schule Karlsruhe, die Verpflichtung besteht, das durch den Obersten Rat der Europäischen Schulen und den Verwaltungsrat der Schule Karlsruhe festgelegte Schulgeld zu bezahlen. Für das Jahr der Aufnahme ist eine Schulgeldreduzierung in jedem Fall ausgeschlossen. Die vom Verwaltungsrat der Schule festgelegten Gebühren für Fotokopien, Schwimmen usw. sind immer für ein ganzes Schuljahr zu entrichten.

Unter außergewöhnlichen Umständen ist die Schule berechtigt, den Vertrag nach zwei Monaten zu kündigen. In diesem Fall wird das Schulgeld zurückerstattet.

Gerichtsstand ist Karlsruhe!

Die Allgemeine Schulordnung der Europäischen Schulen kann auf der Internetseite [www.eursc.eu](http://www.eursc.eu) eingesehen werden.

Die **Datenschutzerklärung der Europäischen Schulen** finden Sie auf der Internetseite <http://www.es-karlsruhe.eu>, oben unter dem Reiter „Datenschutz“

Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich zur Beachtung und Befolgung der Allgemeinen Schulordnung und versichert, dass die im vorstehenden Aufnahmeantrag, einschließlich seiner Anlagen, gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Der/die Unterzeichnende verpflichtet sich ferner, Änderungen der Angaben unverzüglich der Schule mitzuteilen.

---

Datum

---

Unterschrift

## 5. ANMELDEGEBÜHR

---

Der Anmeldeantrag wird nur bearbeitet, wenn eine Überweisung von 200,00 € auf das Konto der Europäischen Schule Karlsruhe eingegangen ist (Anmeldegebühr).

Diese Regelung gilt nicht für den laut Statut berechtigten Personenkreis und unsere Firmenvertragspartner.

Die Anmeldegebühr von **200,00 €** pro anzumeldendem Schüler überweisen Sie bitte auf das Konto:

**Europäische Schule Karlsruhe**  
**Baden-Württembergische Bank Stuttgart**  
**IBAN: DE76 6005 0101 74 9550 1416**  
**BIC: SOLADEST600**

Bitte geben Sie als **Verwendungszweck** „Einschreibung, Vor- u. Zunamen des/der anzumeldenden Kindes/Kinder, sowie Ihren Familiennamen an.

Wenn Ihr Kind aufgenommen wird und die Schule besucht, wird diese Anmeldegebühr mit der Schulgeldrechnung verrechnet.

Wenn Ihr Kind aus Gründen, die von der Schulordnung der Europäischen Schulen abhängig sind (z. B. kein verfügbarer Platz), nicht aufgenommen wird, wird Ihnen dieser Betrag erstattet.

Bei Rücktritt aus anderen Gründen wird die Anmeldegebühr nicht zurückbezahlt.

Ein Nachweis der Überweisung ist dem Anmeldeantrag unbedingt beizufügen. Bei Nicht-Überweisung der Anmeldegebühr wird der Anmeldeantrag nicht bearbeitet.

Sollten Sie hierzu noch Fragen haben, beantworten wir Ihnen diese sehr gerne unter:

Tel.: 07 21-6 80 09-20 oder 07 21-6 80 09-75

VERTRAULICH

## Gesundheitsfragebogen

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Geburtsort

Geschlecht M

W

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Tel.

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Vaters

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Tel. (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
Adresse (wenn abweichend von der des Kindes)

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der Mutter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Tel. (dienstlich)

\_\_\_\_\_  
Adresse (wenn abweichend von der des Kindes)

Haben beide Eltern das Sorgerecht? Ja

Nein

Name des Elternteils mit alleinigem Sorgerecht:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift und Telefon Nr. einer Vertrauensperson, die die Verantwortung für das Kind übernimmt, falls die Eltern nicht erreichbar sein sollten:

\_\_\_\_\_  
Name und Telefon Nr. des behandelnden Kinderarztes oder Arztes:

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

---

Falls Sie telefonisch nicht erreichbar sind, erlauben Sie uns Ihrem Kind folgende Medikamente zu geben? Bitte kreuzen Sie die Medikamente an.

Wenn ja, bitte kurzen Kommentar

Allergie: Fenistil Tropfen

Ja   
Nein

Fieber: Paracetamol oder Ibuprofen.-  
Nurofen (200mg Lutschtablette)

Ja   
Nein

Halsschmerzen: Dorithricin  
Salviathymol

Ja   
Nein

Bauchschmerzen: Iberogast,  
Buscopan (nur OS)

Ja   
Nein

Hatte das Kind im Säuglingsalter  
gesundheitliche Probleme?

Ja   
Nein

Hatte das Kind im Säuglingsalter  
psycho-motorische-  
Entwicklungsstörungenprobleme?

Ja   
Nein

Wird das Kind z. Zt. mit  
Medikamenten behandelt?

Ja   
Nein

Hatte das Kind andere Behandlungen  
(Krankengymnastik, etc.)?

Ja   
Nein

Wurde das Kind chirurgischen  
Eingriffen unterzogen?

Ja   
Nein

Impfungen sowie Injektionen werden in der Schule nicht vorgenommen. Fieber wird im Ohr gemessen mit einem Thermoscan.

Leidet das Kind unter ...

Wenn ja, bitten kurzen Kommentar

Nervösen Störungen

Ja   
Nein

Sehstörungen

Ja   
Nein

Schwerhörigkeit

Ja   
Nein

Sprachstörungen (Lispeln, usw.)

Ja   
Nein

Asthma

Ja   
Nein



Diabetes

Ja   
Nein

Epilepsie

Ja   
Nein

Allergien

Ja   
Nein

Sonstiges

Ja   
Nein

Hatte das Kind ...

Wenn ja, bitte kurzen Kommentar

Keuchhusten

Ja   
Nein

Mumps

Ja   
Nein

Masern

Ja   
Nein

Röteln

Ja   
Nein

Scharlach

Ja   
Nein

Windpocken

Ja   
Nein

andere

Ja   
Nein

VERTRAULICH

Bitte kreuzen Sie "JA" oder "NEIN" an, ob das Kind folgende Impfungen hat.

Wenn Ja, Datum der letzten Impfung

Diphtherie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Tetanus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Poliomyelitis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Keuchhusten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Hepatitis A	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Mumps	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Masern	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Röteln	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Tuberkulose (BCG)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Hepatitis B	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....
Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	.....

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Der Unterzeichnende (Mutter, Vater o. a. Person) versichert gesetzlicher Vertreter des Kindes: \_\_\_\_\_ zu sein.

Der Unterzeichnende erklärt, Kenntnis genommen zu haben von den ärztlichen Pflichtuntersuchungen, sowie von der Verpflichtung, der Schulleitung ansteckende Krankheiten, Kopflausbefall usw. zu melden und sich an die Vorschriften, die nach einer Abwesenheit durch Krankheit gelten (ärztliches Attest nach 2 Tagen), zu halten.

Die Datenschutzerklärung der Europäischen Schulen finden Sie auf der Internetseite <http://www.es-karlsruhe.eu>, oben unter dem Reiter „Datenschutz“

.....  
Datum

.....  
Unterschrift