



# Wilhelm-Busch-Gymnasium Stadthagen

## Aufnahmeantrag für den Jahrgang 6 - 10

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Falls nicht deutsch, seit wann in D.: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_

	Mutter Sorgeberechtigung <input type="checkbox"/>	Vater Sorgeberechtigung <input type="checkbox"/>
<b>Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein, ist dies durch Vorlage der gerichtlichen Entscheidung nachzuweisen.</b>		
Name, Vorname Anschrift:	<input type="checkbox"/> Anschrift wie Schülerin/Schüler	<input type="checkbox"/> Anschrift wie Schülerin/Schüler
Telefon:		
Tel. Tagsüber:		
Mobil:		
Email:		

Beginn der Schulpflicht: (Jahr der Einschulung): \_\_\_\_\_ Tag der gewünschten Aufnahme am WBG: \_\_\_\_\_

in Klasse: \_\_\_\_\_ Wiederholung/Überspringen der Klassen: \_\_\_\_\_

Bisherige Fremdsprachen	von Klasse	bis Klasse

### Bisher besuchte Schulen

von	bis	Schule, Schulform, Ort	Klasse

Bitte wenden!

**Ich wähle eines der folgenden Fächer (Anwahl ist verpflichtend - bitte ankreuzen):**

(In der Regel wählen evangelische bzw. katholische Schüler/-innen den jeweiligen Unterricht ihrer Konfession.)

Ev. Religion       Kath. Religion       Werte u. Normen

Islam. Religionsunterricht\* und Ersatzfach: \_\_\_\_\_

\* Bitte wählen ein Ersatzfach, da der islamische Religionsunterricht nur bei einer bestimmten Anzahl an Schülerinnen und Schülern stattfinden kann.

**Sonstige Hinweise (Hochbegabungstest, regelmäßige Medikamente)**

---

---

**Im Krankheitsfall/bei Unfall ist Folgendes zu beachten:**

---

---

- Wir/Ich erkläre/n uns/mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Berichterstattung auf der **Homepage** der Schule, im **Schulplaner**, im schulischen **Jahrbuch**, in den **lokalen Medien**, Artikel und Fotos die unser/mein Kind betreffen veröffentlicht werden dürfen.
- Wir/Ich erkläre/n uns/mich damit einverstanden, dass unser Kind an der schulzahnärztlichen Untersuchung im Jahrgang 6 teilnimmt.

Die Einverständniserklärungen können jederzeit widerrufen werden.

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift eines Erziehungsberechtigten**

---

**Beizufügen sind:** Geburtsurkunde (Original)  
Zeugnisse 1. u. 2. Halbjahr (Original)  
Masernschutz (Impfausweis/Original)  
(Kopien werden vor Ort angefertigt)

- liegt vor  
 liegt vor  
 liegt vor