

# Anmeldung für einen Schulwechsel



An die Leitung der  
**Staatlichen Regelschule**  
**„Otto Ludwig“ Eisfeld**  
**Kirchplatz 6**  
**98673 Eisfeld**

Telefon: 03685 679-1700  
E-Mail: srs-eisfeld-sek@schulen-hbn.de  
Internet: www.regelschule-eisfeld.de

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind für den Besuch der oben genannten Schule im Schuljahr \_\_\_\_\_ in der Klassenstufe \_\_\_\_\_ an.

**Bitte melden Sie Ihr Kind an der derzeitigen Schule ab, damit wir zeitnah die Schülerakte anfordern können.**

## Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ortsteil: \_\_\_\_\_

Fahrschüler (Bus): ja  nein

Einstiegsstelle Bus: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Anzahl Geschwister: \_\_\_\_\_

## Grundschule:

Datum der Einschulung: \_\_\_\_\_

Schulname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

## letzte Schule:

Schulname: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Einstufungen (RS/HS) - auszufüllen ab Klasse 7:**

**(entfällt bei Wechsel vom Gymnasium zur Regelschule)**

En Kurs \_\_\_\_\_ Ma Kurs \_\_\_\_\_

De Kurs \_\_\_\_\_ Ph Kurs \_\_\_\_\_

**Wahlpflichtfach - auszufüllen Klasse 7-9:** \_\_\_\_\_

**Behinderung und Krankheiten, soweit für die Schule von Bedeutung sind/  
sonderpädagogische Gutachten (bitte Nachweis beifügen):**

\_\_\_\_\_

**Mein/Unser oben genanntes Kind nimmt teil am:**

Religionsunterricht

Ethikunterricht

**Hinweis:**

Die Teilnahme am Ethikunterricht bedarf bei evangelischem/katholischem Bekenntnis der formlosen schriftlichen Abmeldung vom Religionsunterricht.

**Angaben zu den Sorgeberechtigten:**

**Mutter/Sorgeberechtigte/r 1**

Name: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

OT: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vater/Sorgeberechtigte/r 2**

Name: \_\_\_\_\_ Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

OT: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten