

# ANMELDUNG REALSCHULE

(FASSUNG VOM 01. DEZEMBER 2019)

Wolf-Hirth-Straße 20  
73529 Schwäbisch Gmünd

Tel.: 07171/1897450

Email: susanne.kopp@db-schule.de

www.db-schule.de

## EINGANG

(wird von der Schule ausgefüllt)

Datum:

Hz.:

## ANMELDEVERLAUF

- (1) Mit diesem Aufnahmeantrag melden Sie Ihr Kind an der Dietrich Bonhoeffer Schule **verbindlich** an.
- (2) Sie werden Anfang des 2. Halbjahres zu einem persönlichen Gespräch eingeladen, in dem wir Sie und Ihr Kind näher kennenlernen und Ihnen wichtige Informationen zur Schule weitergeben möchten.
- (3) Erst mit der **Aufnahmebestätigung** (verschickt in den Winterferien) kommt ein Schulvertrag zustande.
- (4) Mit der Aufnahmebestätigung wird eine Anmeldegebühr in Höhe von **50,-€** (siehe Gebührenordnung) je Anmeldung fällig. Der Betrag wird von Ihrem Konto abgebucht und kann nicht mehr rückerstattet werden.  
*Für Kinder, die bereits auf der Grundschule der Dietrich Bonhoeffer Schule waren, wird keine Gebühr erhoben.*

## WEITERES VORGEHEN

AUFNAHME AN DER DBS

Anmeldebestätigung:

AUFNAHME AUF PROBE AN DER DBS

bis

WARTELISTE

Briefmuster

ABLEHNUNG

Briefmuster

SCHÜLERAKTE ANLEGEN

ANMELDUNG AN VERWALTUNGSLEITER

ANMELDUNG/SCHULVERTRAG AN ELTERN

## ANMELDUNG AN DER DIETRICH BONHOEFFER SCHULE FÜR

SCHULJAHR

SCHUL-HALBJAHR

KLASSE

## I. ANGABEN ZUM KIND

NAME

GESCHLECHT

GEB.-DATUM

GEB.-ORT

STAATSANGEH.

KONFESSION

SCHULEMPFEHLUNG

WELCHE SCHULE BESUCHT IHR KIND?

## II. ELTERN

VATER

MUTTER (NUR ABWEICHENDES AUSFÜLLEN)

NAME	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRASSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/ORT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HANDY-/NOTFALLNR.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL (Schriftverkehr)	<input type="text"/>	
BERUF	<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONFESSION	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STAATSANGEH.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GEBURTSLAND	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VOLLSORGERECHT	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

## III. GESCHWISTER AN DER DIETRICH BONHOEFFER SCHULE

NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>
NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>
NAME	<input type="text"/>	KLASSE	<input type="text"/>

## IV. IM NOTFALL ZU ERREICHENDE PERSONEN (BITTE ENTSPRECHENDES ANKREUZEN UND AUSFÜLLEN)

ELTERN DES KINDES (SIEHE PUNKT IV)

VOR- UND ZUNAME | ANSCHRIFT

TELEFON

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

## V. BESONDERHEITEN DER ENTWICKLUNG | ALLERGIEN | MEDIKAMENTE

## VI. GESPROCHENE SPRACHEN IN DER FAMILIE

HAUPTSPRACHE

WEITERE SPRACHEN

## VII. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN (BITTE ANKREUZEN)

Ich/Wir akzeptieren und erkennen die Regelungen des Schulvertrages, der Schulordnung, der Gebührenordnung und des pädagogischen Konzepts an.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die Aufsicht über mein/unser Kind von Eltern oder anderen vertrauenswürdigen Personen übernommen werden kann (z. B. bei Ausflügen etc.).

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass von meinem/unseren Kind angefertigte Schülerarbeiten zum weiteren Gebrauch und/oder zwecks Veröffentlichung in der Schule verbleiben dürfen.

## ORT | DATUM

## UNTERSCHRIFTEN BEIDER ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTER

## VIII. SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Verein zur Förderung von Bildung und christlichen Werten e.V.

Unterm Buch 1, 73525 Schwäbisch Gmünd

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00001065672

**Betreff: Schulgebühren des Kindes**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

Ich ermächtige den Verein zur Förderung von Bildung und christlichen Werten e.V. wiederkehrende monatliche Schulgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Widerrufsrecht: Dieser Vertrag ist innerhalb von 14 Tage zu widerrufen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)