

**Anmeldung zur Einschulung im Schuljahr 2027/2028**

- ☐ Regeleinschulung  
☐ vorzeitige Einschulung  
☐ Einschulung nach Zurückstellung im Vorjahr  
☐ Zurückstellung **aus erheblichen medizinischen Gründen** wird beantragt (gesonderter Antrag mit begründenden Unterlagen ist an Schulleitung zu stellen!)

**Angaben zum/r Schulanfänger/in (Angaben bitte in Druckschrift ausfüllen!)**

|                                                                                                                       |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Name:                                                                                                                 | Vorname:                                                  |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers       |                                                           |
| Geburtsdatum:                                                                                                         | Geburtsort:                                               |
| Staatsangehörigkeit:                                                                                                  | Verkehrssprache:                                          |
| Herkunftsland:<br>seit wann in Deutschland :                                                                          |                                                           |
| Adresse:<br>geplante Adressänderung vor der Einschulung (falls ja, wann und wohin):                                   |                                                           |
| Linkshänder                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kindergartenbesuch                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Name der Einrichtung .....                                                                                            |                                                           |
| Bei welchem Elternteil ist das Kind krankenversichert: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater |                                                           |
| Name der Krankenkasse: .....                                                                                          |                                                           |
| Hortplatzbedarf:                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**Angaben zu den sorgeberechtigten Personen (bitte Nachweis zum Sorgerecht beifügen)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1. Sorgeberechtigte Person (SB1)</b><br><br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> sonstige:<br><br>allein sorgeberechtigt:<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, gemeinsam mit SB2 | Name, Vorname:                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Adresse (falls abweichend vom Kind): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Telefon privat:                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Telefon dienstlich:                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | E-Mail-Adresse:                      |
| <b>2. Sorgeberechtigte Person (SB2)</b><br><br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> sonstige:<br><br>allein sorgeberechtigt:<br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein, gemeinsam mit SB1 | Name, Vorname:                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Adresse (falls abweichend vom Kind): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Telefon privat:                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | Telefon dienstlich:                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | E-Mail-Adresse:                      |

Wurde Ihr Kind an einer weiteren Grundschule bzw. frei getragenen Schule angemeldet?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Anlage 1 ausfüllen!

(Von der Schule auszufüllen) **Vorgelegte Nachweise**

Geburtsurkunde des Kindes (Kopie)

☐ ja ☐ nein

Nachweis zum Sorgerecht (Kopie)

☐ ja ☐ nein

Personalausweis Sorgeberechtigte/r (Kopie)

☐ ja ☐ nein

Ich gebe der aufnehmenden Schule mein Einverständnis, dass bei einem Schulwechsel die Schülerakte meines Kindes weitergeleitet werden darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) der sorgeberechtigten Person(en)

## Schuljahr 2027/2028

Schulpflichtig werdendes Kind: \_\_\_\_\_

geboren: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Änderung der Adresse zum: \_\_\_\_\_

dann neue Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ich beabsichtige vorrangig die Beschulung meines Kindes an einer**

a) öffentlichen Schule ☐

b) Schule freier Träger ☐

**Bitte geben Sie jeweils den Schulnamen, sowie den Ort an:**

a) Beschulung an öffentlicher Schule → Johann-Pogge-Schule Lalendorf  
mit Außenstelle Groß Wokern:

mit **Priorität/ Wunsch 1:** ☐ Grundschulteil Lalendorf  
☐ Grundschulteil Außenstelle Groß Wokern  
☐ andere Schule: \_\_\_\_\_

mit **Priorität/ Wunsch 2:** ☐ Grundschulteil Lalendorf  
☐ Grundschulteil Außenstelle Groß Wokern  
☐ andere Schule: \_\_\_\_\_

**WICHTIGER HINWEIS: In welchem Grundschulteil Ihr Kind eingeschult wird, entscheidet die Schulleitung abschließend.**

b) Beschulung an einer Schule in freier Trägerschaft:

mit **Priorität 1:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

mit **Priorität 2:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die Festlegung der o. g. Angaben bestätige ich mit meiner Unterschrift. Sie wird den genannten öffentlichen Schulen zur Kenntnis und Berücksichtigung durch das Staatliche Schulamt Rostock gegeben. Sofern dieses Formular bereits einmal ausgefüllt wurde, ist die vorhergehende Erklärung unwirksam.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift