### HEINRICH - HEINE - SCHULE

Gemeinschaftsschule mit Oberstufe i.E. Büdelsdorf

[**heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de**](mailto:heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de)[**www.heinrich-heine-schule.net**](http://www.heinrich-heine-schule.net)

**• Akazienstr. 17 • 24782 Büdelsdorf • Telefon 04331 – 770930 / Fax 04331-7709360 •**

**Dienststellennummer 0707503**

**Bewerbungsbogen** *Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.*

**Angaben zur Person der Bewerberin/ des Bewerbers**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  | |
| Vorname: |  | Geschlecht: |
| Geburtsdatum: |  | männlich  weiblich  |
| Geburtsort: |  | |
| Straße, Hausnummer: |  | |
| PLZ/ Wohnort: |  | |
| Telefon: |  | |
| Email: |  | |
| Staatangehörigkeit: |  | |
| Religionszugehörigkeit: |  | |
| Krankenkasse: |  | |
| Deutschkenntnisse: | Muttersprache Deutsch als Zweitsprache | |
| Herkunfts- und Verkehrssprache: |  | |
| Erkrankung/ Behinderung | keine vorhanden (falls vorhanden, bitte Anlage) | |

**Schulische Vorbildung:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schulart: |  | Schulort: |  | |
| Schulentlassung am: |  | aus Klasse: |  | |
| Wiederholung in Klassenstufe: |  | | | |
| Fremdsprachen | Französisch: 7. bis 10. Klasse durchgehend | | | ja nein |
| Spanisch: 7. bis 10. Klasse durchgehend | | | ja nein |

**Gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter:**

Eltern Vater\* Mutter\* andere Person\* (z.B. Erzieher) volljährig

\**Bitte die Anlage „Sorgeberechtigte/r“ ausfüllen*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  |  |
| Vorname: |  |  |
| Straße, Hausnummer: |  |  |
| PLZ/ Wohnort: |  |  |
| Telefon: |  |  |

**Profil**

Ich wähle das Erstwahl Zweitwahl

… gesellschaftswissenschaftliche Profil.  

… naturwissenschaftliche Profil.  

… ästhetisches Profil.  

**Sprachen**

Für Schülerinnen und Schüler, die keine durchgehende zweite Fremdsprache von 7. bis 10. Klasse belegt haben und eine neue Sprache wählen müssen, bzw. die zweite Fremdsprache wechseln möchten:

Neue Sprache: Spanisch

Französisch

Für Schülerinnen und Schüler, die ihre zweite Fremdsprache fortführen möchten:

Alte Sprache: Spanisch

Französisch

**Gesellschaftswissenschaftliches Aufgabenfeld**

Ich wähle: Religion

Philosophie

**Sprachlich-literarisches Aufgabenfeld**

Gilt nur für Schülerinnen und Schüler, die das gesellschaftswissenschaftliche oder naturwissenschaftliche Profil gewählt haben.

Ich wähle: Kunst

Musik

Darstellendes Spiel

**Lese- Rechtschreib- Schwäche (Legasthenie)**

Ich habe eine förmlich festgestellte Lese- Rechtschreib- Schwäche (Legasthenie). Bitte Bescheinigung beifügen.

Ich möchte, dass die Lese- Rechtschreib- Schwäche bei den Bewertungen berücksichtigt wird. Mir ist bewusst, dass auch bei späteren Verbesserungen der Leistungen nach dem Erlass des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft vom 03.06 2013- III 313 eine Bemerkung im Abiturzeugnis stehen wird.

**Klassenliste**

Die gesetzliche Vertretung erklärt sich einverstanden, dass die Adresse und die Telefonnummer in die Klassenliste des o.g. Kindes aufgenommen werden, die an alle Eltern der Klasse ausgegeben wird, soweit sie dieses Einverständnis erklärt haben.

**Einverständnis : Veröffentlichung**

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, auf denen ich zu sehen bin, für schulische Veröffentlichungen wie beispielsweise ein Abdruck im Jahrbuch oder in der Homepage genutzt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Angabe in der Schule zu dienstlichen Zwecken gespeichert wird.

**Zeugnis**

Ich füge eine beglaubigte Kopie meines aktuellen Zeugnisses bei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort, Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers

Ich nehme die Bewerbung und die Angaben meines Kindes zur Kenntnis und unterstütze diese.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort, Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/in

### HEINRICH - HEINE – SCHULE

Gemeinschaftsschule mit Oberstufe i.E. Büdelsdorf

[**heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de**](mailto:heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de)[**www.heinrich-heine-schule.net**](http://www.heinrich-heine-schule.net)

**• Akazienstr. 17 • 24782 Büdelsdorf • Telefon 04331 – 770930 / Fax 04331-7709360 •**

**Dienststellennummer 0707503**

**Anlage zu besonderen Erkrankungen/ Behinderungen**

Name: ……………………………………………………

Vorname: …………………………………………………

* Festgestellte, für den Schulbereich bedeutsame Behinderung/ Erkrankung:
* Medikamente, die der/ die Kranke ständig bei sich trägt:
* Besonderheiten der Medikamentengabe:
* Zur Verabreichung benannte Personen:
* Weitere Personen incl. Telefonnummern, die im Notfall zu verständigen sind:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/ der gesetzlichen Vertreterin/ der gesetzlichen Vertreter

### HEINRICH - HEINE – SCHULE

Gemeinschaftsschule mit Oberstufe i.E. Büdelsdorf

[**heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de**](mailto:heinrich-heine-schule.buedelsdorf@schule.landsh.de)[**www.heinrich-heine-schule.net**](http://www.heinrich-heine-schule.net)

**• Akazienstr. 17 • 24782 Büdelsdorf • Telefon 04331 – 770930 / Fax 04331-7709360 •**

**Dienststellennummer 0707503**

**Anlage Sorgerecht**

Folgende Personen sind sorgeberechtigt:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mitteilungen der Schule gehen an:

* beide Sorgeberechtigten, da sie die gleiche Adresse haben
* die Mutter
* den Vater
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Sorgeberechtigte/r Unterschrift Sorgeberechtigte/r