



Am Hohen Felde 40  
21682 Stade  
Telefon: 0 41 41 - 797500  
Telefax: 0 41 41 - 7975099  
e-Mail: sekretariat@gesamtschule-stade.de  
[www.gesamtschule-stade.de](http://www.gesamtschule-stade.de)

**Warteliste für die Integrierten Gesamtschule Stade  
zum Schuljahrgang \_\_\_\_\_ für Klasse \_\_\_\_\_**

**Persönliche Daten des Schülers / Schülerin:**

Nachname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/ - Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
eMail: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Name des Vaters: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Name der Mutter: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte:       beide Eltern       nur Mutter       nur Vater

***Schullaufbahn:***

Jahr der Ersteinschulung: \_\_\_\_\_  
Bisher besuchte Schulen: \_\_\_\_\_ Jahrgänge: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie Kopien der letzten 3 Zeugnisse bei.**

Name:	Vorname:
-------	----------

**1. Mein Kind ist getestet worden und gilt als hochbegabt**

nein                       ja

Hinweise zum Untersuchungsergebnis: \_\_\_\_\_

**2. Fand eine Beratung durch BESE oder eine Überprüfung zur Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs statt?**

nein                       ja

Am \_\_\_\_\_ wurde folgender Förderbedarf anerkannt:

\_\_\_\_\_  
*(Bescheid bitte in Kopie abgeben)*

**3. Mein Kind hat folgende Körperbehinderung oder Krankheit:**

\_\_\_\_\_  
*(Hierzu bitte bei Schulbeginn die Klassenleitung umfassend informieren!)*

Hinweise zu regelmäßigen Medikamenteneinnahmen:

**4. Mein Kind hat eine Lese-Rechtschreib-Schwäche:**    nein                       ja

Das Kind wurde bereits überprüft:                      nein                       ja

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_, wann? \_\_\_\_\_

Das Kind befindet sich zurzeit in Therapie                      nein                       ja

**5. Mein Kind hat eine Dyskalkulie (Mathe-Schwäche):**    nein                       ja

Das Kind wurde bereits überprüft:                      nein                       ja

Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_, wann? \_\_\_\_\_

Das Kind befindet sich zurzeit in Therapie                      nein                       ja

**6. Sollte ich Arbeitslosengeld II oder andere Sozialleistungen erhalten, bin ich damit einverstanden, dass das Sekretariat der IGS Stade mit den zuständigen Behörden (Jobcenter bzw. Sozialamt) die für die schulischen Unterstützungsleistungen notwendigen Informationen direkt austauscht.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten