

Realschule plus Rockenhausen



Antrag auf Aufnahme in die 5. Klasse

Halbtagsklasse Ganztagsklasse

Hiermit melden wir unser Kind zum Besuch in der Realschule plus Rockenhausen an. Wir sind informiert, dass die u. a. Daten über unser Kind automatisch gespeichert werden. Wir entschuldigen unser Kind bei Krankheit oder anderen Umständen, die einen Schulbesuch nicht ermöglichen, am ersten Tag telefonisch, dann schriftlich.

Schülerinformationen:

Name: _____ Telefon: _____
Vorname(n): _____ m w Staatsangehörigkeit: _____
Geburtsdatum: _____ Konfession: ev. k isl. sonst. ohne
Teilnahme Rel.U.: ev. k Ethik
Geburtsort: _____ Migrationshintergrund ja nein
Straße: _____ Muttersprache: _____
PLZ, Ort(-teil) _____ In Deutschland seit: _____

Kinderzahl insgesamt: _____, _____ Bruder/Brüder _____ Schwester/n

Jahr des Eintritts in die Grundschule / Ort: _____

Weitere besuchte Schulen: _____ Klasse: _____

Empfehlungen der Grundschule (freiw. Info): IGS RS+ GY

Hätten Sie Interesse an einer I-pad-Klasse? Ja nein

Sorgerecht bei: Eltern Vater Mutter Sonstige
 Sorgerechtsnachweis liegt vor! Vollmacht zur Anmeldung liegt vor

Mutter

Name: _____
Vorname: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Beruf: _____
Adresse / Tel: (falls abweichend): _____

Handy-Nr. _____
E-Mail: _____

Vater (Großeltern, Lebenspartner, Sonstige)ⁱⁱ

Name: _____
Vorname: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Beruf: _____
Adresse / Tel: (falls abweichend): _____

Handy-Nr. _____
E-Mail: _____

In Notfällen tagsüber erreichbar unter: _____

Klassenzuteilung (bis zu 2 Namen): _____

Bemerkung über gesundheitliche / geistige / körperliche Beeinträchtigungen (Medikamenteneinnahme,

ADS / Hyperaktivität, diagnostizierte LRS etc.): _____

Masernimmunität: Nachweis erbracht Ja Nein

Tag der Anmeldung: _____ Das Aufnahmegespräch führte: _____

Unterschrift des 1. und 2. Erziehungsberechtigten: _____

ⁱ Bitte unbedingt auch eine E-Mail-Adresse angeben. Unabdinglich für eine reibungslose Kommunikation

ⁱⁱ Bitte Nachweise vorlegen und genaue Angaben machen!

**Bestellung eines Schülerfahrausweises für
Sekundarstufe I (Klassenstufe 5-10)
sowie BF I, BF II und BVJ**

Zur Ausstellung eines Fahrausweises zur Schülerbeförderung nach dem Schulgesetz benötigen wir von Ihnen unten genannte Angaben sowie ein aktuelles Passbild des Schülers/der Schülerin.

Wir weisen darauf hin, dass die neu beschlossene kostenfreie Schülerbeförderung für Schüler/innen nur beim Besuch der **nächstgelegenen vergleichbaren Schule** in Anspruch genommen werden kann.

Bitte bis spätestens 15. März im Schulsekretariat abgeben

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Schule:

Name:

Vorname:

Geschlecht: weiblich männlich

Straße:

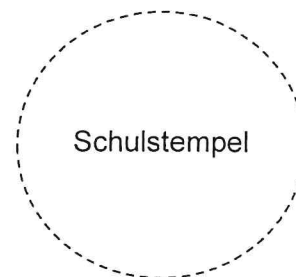
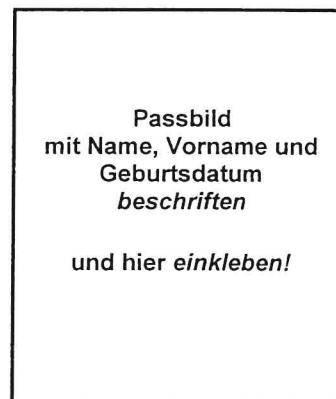
PLZ/Ort:

Schuljahr: **2024/2025**

Klassenstufe:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:



Ein Wohnort- und/oder Schulwechsel sowie das Verlassen der Schule müssen der Kreisverwaltung unverzüglich mitgeteilt bzw. muss das Ticket zurückgegeben werden.

Vorgenannte Hinweise haben wir zur Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte



Realschule plus Rockenhausen

Kooperative Realschule plus mit Ganztagsangebot

Mühlackerweg 24c
67806 Rockenhausen

Tel. 06361-9213-30
Fax. 06361-9213-31

rsrok@t-online.de
www.rsrokplus.de



RS plus ROK – Mühlackerweg 24c – 67806 Rockenhausen

Sehr geehrte Eltern,

die Realschule plus Rockenhausen ist eine aktive und lebendige Schulgemeinschaft. Unsere Erlebnisse und Ergebnisse aus dem Unterricht und sonstigen Veranstaltungen nach außen darzustellen ist uns ein großes Anliegen.

Daher werden im Schulhaus, bei schulischen Veranstaltungen und Projekten, auf der Homepage der Schule oder in gedruckter Form (z.B. Presseveröffentlichungen, Jahrbücher o.ä.) regelmäßig Beiträge in Form von Texten, Bildern oder auch Filmen veröffentlicht. Gerne möchten wir auch Bilder oder Werke Ihres Kindes im Rahmen der Dokumentation des Schullebens veröffentlichen. Dazu ist allerdings aufgrund gesetzlicher Vorgaben (§ 22 Kunsturhebergesetz) das Einverständnis des Betroffenen notwendig.

Wir möchten eine grundsätzliche Klärung herbeiführen, ob Sie mit dem Anfertigen und Veröffentlichen von Fotos/Videos sowie der Präsentation von im schulischen Kontext entstandenen Werken Ihres Kindes einverstanden sind.

Bitte füllen Sie nachfolgende Erklärungen aus; Ihrem Kind entstehen keinerlei Nachteile, wenn Sie insgesamt oder teilweise nicht einverstanden sind. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.



Name des Kindes _____
(bitte in Druckbuchstaben)

Klasse(nstufe) _____

Name der Erziehungsberechtigten _____

Ich bin damit einverstanden, dass...

... Fotos, auf denen mein Kind klar zu erkennen ist, gegebenenfalls mit voller Namensnennung, in Zeitungsberichten veröffentlicht werden Ja Nein

... Fotos oder Videos, auf denen mein Kind klar zu erkennen ist, gegebenenfalls mit voller Namensnennung, im Internet auf der Homepage der Schule veröffentlicht werden: Ja Nein

... Fotos, auf denen mein Kind klar zu erkennen ist, gegebenenfalls mit voller Namensnennung, bei schulischen Veranstaltungen (z.B. Tag der offenen Tür, Entlassfeier) oder im Rahmen von Schülerzeitungen oder Jahrbüchern veröffentlicht werden Ja Nein

... von meinem Kind Bild-, Film- und Tonaufnahmen durch Pressevertreter gemacht werden dürfen: Ja Nein

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Anmeldung zur Teilnahme am Mittagessen (5,50 €)
für das Schuljahr 2024 / 2025**

Name der Schule: **Realschule plus Rockenhausen**
Name und Vorname des/r Schülers*in: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift (vollständig): _____
Klasse: _____
Name und Anschrift des/r Erziehungsberechtigten: _____

Wünsche zum Mittagessen:

- vegetarisch kein Schweinefleisch
 Sonstiges (z.B. Allergien) nur mit ärztlichem Attest _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) die Kreisverwaltung Donnersbergkreis, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:	Kreisverwaltung Donnersbergkreis Gläubiger-Identifikations-Nr. DE62ZZZ00000069663
------------------------------	--

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E
-------	-----

BIC:	
------	--

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------