

**Schulanfänger: innen 2026/2027**

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Wünsche, falls es sich schulorganisatorisch ermöglichen lässt? (keine Lehrerwünsche)

Priorität 1:

Priorität 2:

Gesundheitliche und andere Besonderheiten:

---

---

Erhält/ Erhielt Ihr Kind zusätzliche Unterstützung (Therapien)?

ja

nein

Wenn *ja*, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

Logopädie

abgeschlossen

dauert an

Ergotherapie

abgeschlossen

dauert an

andere Therapien

abgeschlossen

dauert an

Welche? \_\_\_\_\_

Was die Lehrer: innen unseres Kindes noch wissen sollten:

---

---

Diese Angaben wurden freiwillig gemacht. Sie können von allen schulischen Mitarbeitern eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift