



OSK - Offene Schule Köln
gemeinnützige Gesellschaft mbH
Sürther Str. 199
50999 Köln
Tel.: 0221/337703-0
Fax: 0221/337703-299
info@offene-schule-koeln.de
www.offene-schule-koeln.de

Absichtserklärung Gesamtschule

Ich/Wir habe/n die Absicht, meine_n/unsere_n Tochter/Sohn zum **Schuljahr 2025/2026**
für folgende Jahrgangsstufe _____ an der OSK anzumelden.

| | |
|--|---|
| Name, Vorname des*der Schüler*in: | |
| Geburtsdatum des*der Schüler*in: | |
| Geburtsort des*der Schüler*in: | |
| Geschlecht des*der Schüler*in: | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers |
| Wohnort des*der Schüler*in: | |
| Straße: | Hausnr. |
| Postleitzahl: | Ort: |
| Geschwister | |
| 1. _____ | Geburtsjahr _____ Schule _____ |
| 2. _____ | Geburtsjahr _____ Schule _____ |
| 3. _____ | Geburtsjahr _____ Schule _____ |
| Staatsangehörigkeit des*der Schüler*in: | |
| Wenn nicht in Deutschland geboren: Wann zugezogen? | |
| Welche Sprache spricht der*die Schüler*in: überwiegend? | |
| <input type="checkbox"/> Deutsch | |
| <input type="checkbox"/> Deutsch und _____ | |
| <input type="checkbox"/> eine andere _____ | |
| Welche Religion/Konfession hat der*die Schüler*in? | |

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

| Mutter | Vater |
|--|--|
| Name, Vorname : | Name, Vorname: |
| Beruf: | Beruf: |
| Anschrift: <i>Straße, Hausnr, PLZ, Ort</i> | Anschrift: <i>Straße, Hausnr, PLZ, Ort</i> |
| Festnetztelefon: | Festnetztelefon: |
| Mobil: | Mobil: |
| Email*: | Email*: |
| Sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Sorgeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Bisher besuchte Schulen (beginnend mit der Einschulung):**Bitte sorgfältig ausfüllen:**

| Schulform (Grundschule, Gymnasium, Realschule, Gesamtschule, etc) | Name der Schule | von Klasse bis Klasse | Schulbesuch von | bis |
|---|-----------------|-----------------------|-----------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die OSK Kontakt zur derzeit besuchten Schule aufnimmt..

Ja **Nein**

Bei Aufnahme in die 5. Klasse: Wenn die Grundschule bereits eine **Empfehlung** für den Besuch einer weiterführenden Schule gegeben hat, tragen Sie sie bitte ein.

Bitte beachten Sie:

Wir können Ihrem Kind und allen anderen in der Schule nur dann wirklich gerecht werden, wenn wir bisher aufgetretene Schwierigkeiten sowie Besonderheiten und damit verbundene Folgen für die Schule kennen. Ihre Aussagen sind dabei wichtig und hilfreich.

Hat der*die Schüler*in an einer Maßnahme zur Sprachförderung teilgenommen?

Ja Nein

Falls ja, wann und wo*):

| |
|--|
| |
| |

*) Bitte bringen Sie die entsprechenden Unterlagen zum Kennenlerngespräch mit.

Bestehen gesundheitliche (körperliche, geistige und seelische) Einschränkungen oder sonstige Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes? Ja Nein

Falls ja, welche?

| |
|--|
| |
| |
| |

Wünschen Sie sich für Ihr Kind besondere Unterstützung? Ja Nein

Falls ja, in welchem Bereich?

| |
|--|
| |
| |
| |

Hat es bei Ihrem Kind bisher **entwicklungsstützende Maßnahmen** gegeben (z.B. Ergo-, Sprach- oder Physiotherapie)? Ja Nein

Falls ja, welche?

| |
|--|
| |
| |
| |

Es wurde bei Ihrem Kind ein **sonderpädagogischer Förderbedarf** festgestellt (**bitte den amtlichen Bescheid in Kopie beifügen**):

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> | Emotionale- und sozial Entwicklung | <input type="checkbox"/> |
| Sehen | <input type="checkbox"/> | Körperliche und motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> |
| Sprache | <input type="checkbox"/> | Kommunikation und Hören | <input type="checkbox"/> |
| Lernen | <input type="checkbox"/> | | |

Benötigt Ihr Kind in der Schule **Hilfsmittel**:

Ja **Nein**

Falls ja, welche?

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Unser/Mein Kind hat derzeit eine **Integrationshilfe/Schulbegleitung**

Ein Integrationshelfer ist/wird für das kommende Schuljahr beantragt

Wir/ich melde/n unser/mein Kind für die **Berufspraxisstufe** (Sekundarstufe II für Schüler mit Förderbedarf Geistige Entwicklung) an.

Wir würden uns freuen, wenn Sie noch **folgende Fragen** beantworten:

Warum glauben Sie, dass die OSK die richtige Schule für Ihr Kind ist? Welche Erwartungen verbinden Sie mit damit?

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Wie sind sie auf die OSK **aufmerksam** geworden?

Hiermit erlaube ich der OSK meine Daten temporär zu speichern. Ich bin damit einverstanden, per Email oder Telefon von der OSK und dem Netzwerk Inklusive Schule e.V. kontaktiert zu werden.

Datum, Ort, Unterschrift/en der*des Erziehungsberechtigte*n)

Datum, Ort, Unterschrift/en der*des Erziehungsberechtigte*n)