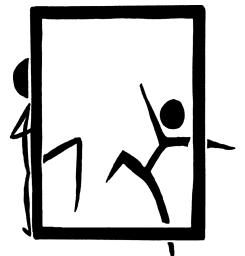


**Schülerstammbuch**

Eduard-Mörike-Schule
 Städt. Förderschule Emotionale
 und Soziale Entwicklung
 Mörikeweg 2-6,
 51147 Köln (Porz)

Ruf: (02203) 99 66 20
 Fax: (02203) 210 16
 e-mail: 154210@schule.nrw.de
www.eduard-moerike-schule.de

**1. Schülerin/ Schüler**

Nachname, Vorname des Schülers / der Schülerin	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	AOSF-Bescheid vom
Gutachten erstellt von folgender Schule	Beteiligte Lehrkräfte
Förderschwerpunkte 1. / 2.	Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuletzt besuchte Schule / Einrichtung	Telefonnummer

2. Sorgeberechtigte/r (Mutter o. allein. Sorgegeber.) **3. Sorgeberechtigte/r** (Vater)

Nachname, Vorname	Nachname, Vorname
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
Telefonnummer	Telefonnummer

Beginn der Schulpflicht gem. § 35 SchulG am _____

Zurückgestellt gem. § 35 (1) SchulG im Schuljahr

/

 nein

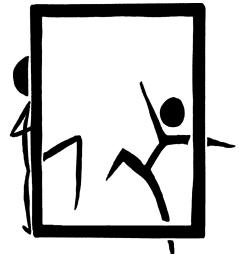
SBJ	Schuljahr	Klasse	Schule – Ort	
1	/			
2	/			
3	/			
4	/			
5	/			
6	/			
7	/	[redacted]	[redacted]	
8	/	[redacted]	[redacted]	
9	/	[redacted]	[redacted]	
10	/	[redacted]	[redacted]	




Erweiterte Auskunft

Eduard-Mörike-Schule
 Städt. Förderschule Emotionale
 und Soziale Entwicklung
 Mörikeweg 2-6,
 51147 Köln (Porz)

Ruf: (02203) 99 66 20
 Fax: (02203) 210 16
 e-mail: 154210@schule.nrw.de
www.eduard-moerike-schule.de



4. Allgemeine statistische Angaben

Staatsangehörigkeit	Muttersprache deutsch ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Migration <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	in Deutschland seit (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.
Geburtsland		Geburtsort		
Staatsangehörigkeit		Zuzugsjahr		
Muttersprache deutsch ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Verkehrssprache in der Familie		
Religion		Sonstiges / Bemerkungen		

5. Notfallangaben

Im Notfall zu benachrichtigen	Telefon
Notfalladresse 1, falls niemand zu Hause	Name und Telefon
Notfalladresse 2, falls niemand zu Hause	Name und Telefon
Krankenversicherung bei	Hausarzt
Chronische Erkrankungen	Medikamenteneinnahme

6. Angabe zu außerschulischen Maßnahmen

Zuständiger ASD	Name Sachbearbeitung
	Telefon und email Sachbearbeitung
Maßnahmen durch ASD	Name und Telefon
Therapeutische Behandlung bei / seit	Name und Telefon
Sonstiges / Bemerkungen	

