

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Junge:

Mädchen:

Montessori Zentrum Celle e.V.  
Bremer Weg 188 | 29223 Celle  
tel 05141.2780310 | fax 2780311

## Für Klasse 1:

Zur Einschulung im Schuljahr:

Zuständige Grundschule:

(Wenn bereits vorhanden, bitte Kopie der Schuleingangsuntersuchung beifügen oder nachreichen)

## Ab Klasse 2:

Klasse:  für Schuljahr:

Unser Kind besucht aktuell Klasse:  Schule:

## Besonderheiten: (diese Angaben werden vertraulich behandelt)

(z.B. Hochbegabung, Allergien, Krankheiten, Medikation, Einschränkungen/Art der Behinderung)

  

## Folgende Geschwisterkinder besuchen bereits das Montessori Zentrum Celle:

Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Kinderhaus:  Schulklasse:  oder sind vorgemerkt zum 01.08.20

## Angaben der Eltern:

Vorname und Name Mutter:

Anschrift:

Telefon:  E-Mail:

Vorname und Name Vater:

Anschrift:

Telefon:  E-Mail:

Bitte Rückseite beachten

**Haben Sie die Schulgeldordnung auf unserer Homepage gelesen?\***

Ja:     Nein:

**Haben Sie sich schon einmal mit Montessori-Pädagogik beschäftigt?  
Welche Dinge gefallen Ihnen besonders?**

Ja:     Nein:

**Wie sind Sie auf das Montessori Zentrum Celle aufmerksam geworden?**

**Welche Wünsche haben Sie für die Schulzeit Ihres Kindes?**

**Welche Wünsche/Erwartungen haben Sie an die Schule Ihres Kindes?**

**Motivation der Eltern für diese Voranmeldung:**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten**

\* Grundsätzlich ist es unser Ziel, jedem Schüler, jeder Familie den Besuch unserer Schule zu ermöglichen. Für Schulplätze mit gemindertem Schulgeld steht ein extra dafür eingeplantes Budget zur Verfügung, in dessen Rahmen wir freie Schulplätze sehr gern vergeben. Uns ist für alle Beteiligten wichtig, dass auch der finanzielle Aspekt nachhaltig besprochen und geklärt ist, da die Enttäuschung gerade bei den Schülern groß ist, wenn dieses Thema erst nach der Hospitation und der Entscheidung für die Schule geklärt wird.