

**Antrag zur Überprüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit entsprechend der Verordnung zur
Beschulung hochbegabter Schüler/innen im Sekundarbereich (§ 5)**

Persönliche Angaben	
Name des Kindes:	Vorname des Kindes:
Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge
Ist das Kind mehrsprachig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Namen und Adressen beider Erziehungsberechtigten:	
Telefonisch tagsüber erreichbar: Mutter	Telefonisch tagsüber erreichbar: Vater
E-Mail:	E-Mail:

Angaben zur bisherigen Schullaufbahn		
Aktuell besuchte Schule:	Klassenleiter/in:	Klasse:
Ist bei Ihrem Kind sonderpädagogischen Förderbedarf festgestellt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Bereich:		
Besteht eine LRS? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Besteht eine Lernbeeinträchtigung im mathematischen Bereich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Jahr der Einschulung:	Wurde eine Klasse übersprungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, welche?	
Vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verspätet eingeschult? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Anlagen	
Fragebogen für Erziehungsberechtigte	<input type="checkbox"/>
Kopie der letzten beiden Zeugnisse	<input type="checkbox"/>
Vorbefunde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich habe das alleinige Sorgerecht Ja Nein

Beim Vorliegen des gemeinsamen Sorgerechts erkläre ich das Einverständnis des anderen
Sorgeberechtigten als vorhanden. Ja Nein

Mit dem Einholen von Informationen aus der aktuell besuchten Schule sowie mit der Weitergabe der
Ergebnisse an die Aufnahmekommission, die zuständige Schulaufsichtsbehörde und an das „Albert-
Einstein-Gymnasium“ Neubrandenburg erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden. Ja Nein

Ich beabsichtige/Wir beabsichtigen die Aufnahme am Albert-Einstein-Gymnasium Neubrandenburg, wenn
eine kognitive Hochbegabung bei meinem/unserem Kind festgestellt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift/en