

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

Hiermit beantrage/n ich/wir für mein/unser Kind die Überprüfung einer möglichen weit überdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit durch den Zentralen Fachbereich Diagnostik und Schulpsychologie des Staatlichen Schulamtes Neubrandenburg.

| Persönliche Angaben                 |                                                                     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Name beider Erziehungsberechtigten: |                                                                     |
| Adresse Mutter:                     | Adresse Vater: (falls abweichend)                                   |
| tagsüber telefonisch erreichbar:    | tagsüber telefonisch erreichbar:                                    |
| E-Mail:                             | E-Mail:                                                             |
| Name des Kindes:                    |                                                                     |
| Geburtsdatum:                       | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |

| Angaben zur bisherigen Schullaufbahn                                                                                             |                                                                                                                                     |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Aktuell besuchte Schule:                                                                                                         | Klassenleiter/in:                                                                                                                   | Klasse:                       |
| Hat Ihr Kind sonderpädagogischen Förderbedarf?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn ja, Bereich: |                                                                                                                                     |                               |
| Besteht eine LRS?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                   | Besteht eine Lernbeeinträchtigung im mathematischen Bereich?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein           |                               |
| Jahr der Einschulung:                                                                                                            | Wurde eine Klasse übersprungen?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Wenn Ja, welche?      Klasse: _____ |                               |
| vorzeitige Einschulung                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zurückstellung um 1 Jahr vom Schulbesuch                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nein |

| Anlagen                                                   |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kopie des letzten Zeugnisses                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorbefunde                                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Elternfragebogen                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Termin zur Diagnostik                                     |                             |                               |
| Diagnostiktermin in den Herbstferien möglich (23.10.2025) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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

Ort, Datum

Unterschrift beider Erziehungsberechtigten

Bitte beachten → Bei **alleinigem Sorgerecht** muss ein Nachweis beigelegt werden!