

Anmeldeformular für neue Lernende

Schuljahr: _____

Personalien des Kindes

Name / Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Knabe <input type="checkbox"/> Mädchen
Adresse Wohnort bis anhin	_____ _____
Adresse Wohnort	_____ _____
Gültig ab: _____	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	____ - ____ . ____ - ____ . ____ - ____ . ____
Konfession	
Heimatort / Staatszugehörigkeit	
Sozialversicherungs-Nr.	
Erstsprache Zweitsprache	
	Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> keine* <input type="checkbox"/> wenige* <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/> sehr gute * Ihr Kind besucht voraussichtlich den DaZ-Unterricht (Deutsch als Zweitsprache)
An Fremdsprachige	Datum Einreise in die Schweiz: _____ Aufenthaltsstatus/Bewilligung: _____
Zusätzliche Angaben	Bestehen Kontakte zu Therapiestellen, z. B. Logopädie, SPD, Psycho- motorik, Früherziehung, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Allergien, Krankheiten, notwendige Medikamente _____ _____

Übertritt von	Schule: Klasse: Name der Klassenlehrperson: Tel.: Mail:
Eintritt in	Klasse: Ab:

Angaben zur Familie

Name / Vorname Mutter Beruf Telefonnummer E-Mail	
Name / Vorname Vater Beruf Telefonnummer E-Mail	
Elterliches Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Vater und Mutter <input type="checkbox"/> alleinerziehend Mutter <input type="checkbox"/> alleinerziehend Vater
Kindesschutzmassnahmen	Hat Ihr Kind einen Beistand, Pflegeeltern, weitere...? Kontaktperson: _____ Tel./Natel: _____ Versorgungsgemeinde: _____
Geschwister / Jahrgang	

Bemerkungen

Ort, Datum:
Unterschrift Erziehungsberechtigte: