

Anmeldung Neuzuzüger



| Personalien Kind: | | | |
|---|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Familienname | | | |
| Vorname/n / Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Muttersprache | | | |
| Falls Muttersprache nicht Deutsch: Wie sind die Deutschkenntnisse? | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> wenig | | |
| Konfession | <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> konfessionslos | | |
| Nationalität / Heimatort (nur CH) | | | |
| Sozialversicherungs-Nr./AHV | 756. | | |
| Strasse / Nr. | | | |
| PLZ / Ort | <input type="checkbox"/> 4564 Obergerlafingen <input type="checkbox"/> 4565 Recherswil | | |
| Telefon Privat / Notfallnummer | P: | Notfall: | |
| E-Mail Eltern | | | |
| Vorname und Geburtsdatum der Geschwister | • • • | | |
| Zum Wohle Ihres Kindes benötigen wir folgende Informationen: «Hat/Hatte ihr Kind...» → → Bei JA bitte detaillierte Angaben auf der Rückseite | <i>Bitte ankreuzen</i> | JA | NEIN |
| | Spezielle Förderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Logopädie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Heilpädagogische Betreuung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Krankheiten (ausser Kinderkrankheiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Weitere Bemerkungen: | _____ | |
| Bisher besuchte Schule | PLZ Ort: | Klasse: | |
| | Lehrperson: | | |
| Recherswil/Obergerlafingen | Datum Neuzuzug: | Schulbesuch ab Datum: | |
| Aktuelle Adresse | | | |
| Mutter: | Elterliches Sorgerecht: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name / Vorname | | | |
| Adresse (falls anders als beim Kind) | | | |
| Telefon Geschäft / Mobile | G: | M: | |
| Vater: | Elterliches Sorgerecht: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Name / Vorname | | | |
| Adresse (falls anders als beim Kind) | | | |
| Telefon Geschäft / Mobile | G: | M: | |

Ort und Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____