

Anmeldung

Name	
Vorname	
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Strasse	
PLZ Ort	
Telefon (Festnetz)	
Heimatort (Nationalität)	
Umgangssprache	
Muttersprache	
Konfession	
An unserer Schule ab (Datum)	

Mutter

Name	
Vorname	
Telefonnummer (Handy)	
E-Mail-Adresse	
Strasse	
(wenn abweichend von Wohnadresse des Kinds)	
PLZ Ort	

Vater

Name

Vorname

Telefonnummer (Handy)

E-Mail-Adresse

Strasse

(wenn abweichend von Wohnadresse des Kinds)

PLZ Ort

Erziehungsberechtigung

Erziehungsberechtigt sind ...

☐ Vater und Mutter

☐ nur Vater

☐ nur Mutter

Korrespondenz

(Nicht-Erziehungsberechtigte(r) erhält ebenfalls alle Korrespondenz)

☐ Ja

☐ Nein

Fremdländische(r) oder aus dem Ausland zugezogene(r) Schülerin

In der Schweiz seit

Deutschkenntnisse

(falls Muttersprache nicht Deutsch ist)

☐ gut

☐ wenig

☐ keine

Hat(te) Kind Deutschunterricht?

☐ Ja

seit

☐ Nein

Bisherige Schullaufbahn

Anzahl der abgeschlossenen Schuljahre in welchen Stufen und in welchen Schulen (ohne laufendes Schuljahr)

	Schulstufe	Schulort		Schulstufe	Schulort
	Kindergarten			Kleinklasse	
	Früheinschulung			Realschule	
	Einschulungsklasse			Sekundarschule	
	Primarschule			Bezirksschule	

		Genaue Bezeichnung / Schulort
	Privatschule	
	andere Institutionen	

Kontaktadresse der abgebenden Schule

Schulstufe / Schulort	
Klasse	
Name Vorname Klassenlehrperson	
Telefon Klassenlehrperson	
E-Mail-Adresse Klassenlehrperson	

Beratungsstellen / Therapien / Allergien, Krankheiten / Medikamente

Nur solche konsultierte Beratungsstellen auflühren, die für die schulische Laufbahn von Bedeutung sind bzw. welche eine zukünftige Lehrperson wissen muss: Heilpädagogischer Dienst (HPD), Schulpsychologischer Dienst (SPD), Logopädischer Dienst (Sprachheilwesen) etc. Gleiches gilt für Therapien (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, heilpädagogische Früherziehung), Allergien, Krankheiten (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Insektenstiche o.ä.) und regelmässig einzunehmende Medikamente.

Beratungsstelle	Bericht vorhanden
	☐ Ja ☐ Nein
	☐ Ja ☐ Nein
	☐ Ja ☐ Nein

Therapie	Dauer	abgeschlossen
		☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja ☐ Nein
		☐ Ja ☐ Nein

Allergien, Krankheiten

Regelmässig einzunehmende Medikamente

Hausarzt

Name Vorname

Adresse

Telefonnummer

Bemerkungen

Ort Datum:

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

.....

Beilagen☐

Kopie Semesterzeugnis

☐

Abklärungsbericht

☐

Empfehlungsschreiben

☐

Diese Anmeldung senden Sie bitte an die folgende Adresse:

Schulsekretariat Zeiningen
Friedhofweg 14
4314 Zeiningen