

Anmeldung Neuzuzüger



Personalien Kind:																			
Name																			
Vornamen / Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>																		
Geburtsdatum / Nationalität	/																		
Muttersprache / Falls nicht Deutsch wie sind die Kenntnisse?	/																		
Konfession																			
Heimatort																			
Sozialversicherungs-Nr./AHV	756.																		
Strasse / Nr.																			
PLZ / Ort	<input type="checkbox"/> 4564 Obergerlafingen <input type="checkbox"/> 4565 Recherswil																		
Telefon Privat / Notfallnummer	/																		
E-Mail Eltern																			
Vorname und Geburtsdatum der Geschwister																			
Zum Wohle Ihres Kindes benötigen wir folgende Informationen. Hat/hatte ihr Kind →	<table> <tr> <td><i>Bitte ankreuzen</i></td> <td>JA</td> <td>NEIN</td> </tr> <tr> <td>Spezielle Förderung</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Logopädie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Heilpädagogische Betreuung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankheiten</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>→ Bei JA bitte detaillierte Angaben auf der Rückseite Weitere Bemerkungen: _____</p>	<i>Bitte ankreuzen</i>	JA	NEIN	Spezielle Förderung		<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Bitte ankreuzen</i>	JA	NEIN																	
Spezielle Förderung		<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Bisher besuchte Schule	PLZ Ort: _____ Klasse: _____ Lehrperson: _____																		
Rechterswil/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																			
Vater:	Elterliches Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																		
Name / Vorname																			
Adresse (falls anders als beim Kind)																			
Telefon Geschäft / Mobile																			

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____