

ANMELDEFORMULAR

Vorgesehene Klasse: _____ Eintritt auf Schuljahr: _____

Personalien Schüler/Schülerin

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht m w

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: 756. _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Erstsprache: _____ Familiensprache: _____

Geschwister: Name/Jg: _____ Name/Jg: _____

Name/Jg: _____ Name/Jg: _____

Personalien Eltern Mutter

Vater

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Telefon Mobil: _____

E-mail: _____

Beruf: _____

Eltern leben im selben Haushalt

getrennt

Sorgerecht: beide* Mutter Vater

Informationen/Einladungen sollen auch an den Elternteil ohne Sorgerecht geschickt werden ja** nein

* Angabe der vollständigen Adresse beider Elternteile zwingend

** Bitte vollständige Adresse des Elternteils ohne Sorgerecht angeben

Gesetzlicher Vertreter (falls nicht Eltern)

Name: _____ Vorname: _____ Behörde: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Geschäft: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

GRUPPEN S CHULE THALWIL

Die Familie wird begleitet von:

- Dolmetscher: _____
 Andere: _____

Abklärungsstellen

- Schulpsychologischer Dienst SPD: _____
 Kinder- + Jugendpsychiatrischer Dienst KJPD: _____
 Facharzt: _____
 Andere: _____

Zuweisende Schulpflege bzw. Kreisschulpflege: _____

Bisher besuchte Schulen / Kindergarten

Kinder- garten	_____	Jahr	_____	Ort	_____	Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____
Kinder- garten	_____	Jahr	_____	Ort	_____	Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____
Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____	Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____
Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____	Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____
Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____	Klasse	_____	Jahr	_____	Ort	_____

KlassenlehrerIn/KindergärtnerIn der zuletzt besuchten Schule

Name: _____ Tel.Nr. (Privat/Schule): _____

Bisher durchgeführte Therapien

Therapie	Name des Therapeuten/der Therapeutin	Tel.Nr.	Dauer von	bis
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Hausarzt

Name, Ort: _____ Tel.Nr: _____

Spezialarzt

Name, Ort: _____ Tel.Nr: _____

Regelmässig einzunehmende Medikamente: _____ seit: _____

Wir haben von den geltenden Aufnahmebedingungen Kenntnis genommen:

Ort, Datum _____

Unterschriften _____

Bemerkungen _____