

**Anmeldeformular**

**Kind**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Geb.-datum:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Heimatort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Muttersprache:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *2. Sprache:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Konfession:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *SVA-Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Krankenkasse:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *KK-Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Besondere Krankheit/Allergie:* | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| *Regelmässige Medikamente:* | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Eltern** *(Getrennt wohnende Eltern geben bitte beide Adressen an)*

**Mutter:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Geb.-datum:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Beruf:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Tel. Mobile:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Tel. P./G.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
| *Zivilstand:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Partner/in (Name, Vorname):* | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Vater:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Geb.-datum:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Beruf:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Tel. Mobile:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | *Tel. P./G.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
| *Zivilstand:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Partner/in (Name, Vorname):* | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Geschwister/Stiefgeschwister**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name, Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Geb.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Name, Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Geb.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Hausarzt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Praxisname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Tel. Praxis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Schule**

**Bisher besuchte Schulen des Kindes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Kindergarten: Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *von/bis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Primarschule: Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *von/bis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Andere: Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *von/bis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Aktuelle Schule des Kindes:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Schule: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Ort: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klasse aktuell: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Anzahl SJ: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Kontaktperson aktuelle Schule:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Funktion:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Tel. Schule:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail Schule:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Abklärende Stelle – Schulpsychologischer Dienst**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *SPD-Stelle:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Tel.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Vormundschaftliche Massnahmen**  *Ja*   *Nein*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Behörde:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Tel.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Psychiatrische/Psychologische Behandlung**   *Ja*   *Nein*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Praxisname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Tel. Praxis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Therapie**  *Ja*   *Nein*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Name:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Vorname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Strasse/Nr.:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *PLZ/Ort:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Praxisname:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | *Tel. Praxis:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *E-Mail:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Ort/Datum:* | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Unterschrift Eltern:* |  |