

# Anmeldeformular

## Kind

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Geb.-datum:		Heimatort:	
Muttersprache:		2. Sprache:	
Konfession:		SVA-Nr.:	
Krankenkasse:		KK-Nr.:	
Besondere Krankheit/Allergie:			
Regelmässige Medikamente:			

## Eltern

(Getrennt wohnende Eltern geben bitte beide Adressen an)

### Mutter:

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Geb.-datum:		Beruf:	
Tel. Mobile:		Tel. P./G.:	
E-Mail:			
Zivilstand:		Partner/in (Name, Vorname):	

### Vater:

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Geb.-datum:		Beruf:	
Tel. Mobile:		Tel. P./G.:	
E-Mail:			
Zivilstand:		Partner/in (Name, Vorname):	

### Geschwister/Stiefgeschwister:

Name, Vorname:		Geb.:	
Name, Vorname:		Geb.:	

## Hausarzt

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Praxisname:		Tel. Praxis:	
E-Mail:			

## Schule

### Bisher besuchte Schulen des Kindes:

Kindergarten: Ort:		von/bis:	
Primarschule: Ort:		von/bis:	
Andere: Ort:		von/bis:	

### Aktuelle Schule des Kindes:

Name Schule:		Ort:	
Klasse aktuell:		Anzahl SJ:	

### Kontaktperson aktuelle Schule:

Name:		Vorname:	
Funktion:		Tel. Schule:	
E-Mail Schule:			

## Abklärende Stelle – Schulpsychologischer Dienst

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
SPD-Stelle:		Tel.:	
E-Mail:			

## Vormundschaftliche Massnahmen

 Ja Nein

Behörde:			
Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Tel.:		E-Mail:	

## Psychiatrische/Psychologische Behandlung

 Ja Nein

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Praxisname:		Tel. Praxis:	
E-Mail:			

## Therapie

 Ja Nein

Name:		Vorname:	
Strasse/Nr.:		PLZ/Ort:	
Praxisname:		Tel. Praxis:	
E-Mail:			

Ort/Datum:	
Unterschrift Eltern:	