

Schule**Schüleranmeldung**
 per _____
 Klasse/KiGa _____

-
- Schulleitung
-
-
- Klassen LP
-
-
- Sekretariat

Salenstein**Personalien des Kindes**

Name und Vorname des Kindes			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Wohnadresse Strasse PLZ Ort			
Wohnhaft in der Schweiz seit			
Konfession/Religion		Bürgerort	
AHV Nummer			
Muttersprache			
Geschwister Name		Geburtsdatum	

Wohnort (nur bei Adressänderung / Zuzug)

Bisherige Wohnadresse bis	Neue Wohnadresse ab
Strasse PLZ Ort Telefonnummer	Strasse PLZ Ort Telefonnummer

Erziehungsberechtigte

Name/Vorname Mutter			
Telefonnummer privat		Handynummer	
Telefonnummer Geschäft		Beruf	
Mail Adresse		Arbeitgeber	

Name/Vorname Vater			
Telefonnummer privat		Handynummer	
Telefonnummer Geschäft		Beruf	
Mail Adresse		Arbeitgeber	

Elterliche Sorge	<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Gesetzliche Vertretung	<input type="checkbox"/> beide	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Beistand	Kontaktangaben:	
Tageseltern, Kinderhort, Betreuungszeiten, Telefon, usw:			

Medizinische Informationen

Krankheiten, Allergien; Medikamente		
Arzt des Kindes: Name/ Telefonnummer		
Gewünschter Schulzahnarzt (jährliche Kontrolle)		
<input type="checkbox"/> Schulzahnklinik	oder	<input type="checkbox"/> Privatzahnarzt Keine Kostenübernahme bei Privatzahnarzt. Die Verantwortung für die Gesunderhaltung der Zähne liegt bei Privatzahnarztwahl vollumfänglich bei den Eltern. Name/Ort Privatzahnarzt

Bisheriger Schulort (bei Zuzug)

Name und Adresse der bisherigen Schule	Zuletzt besuchte Klasse _____
Name Klassenlehrperson	Telefonnummer
E-Mail Klassenlehrperson	E-Mail Schulleitung

Ort / Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

.....
.....