

Eintrittsformular für den 1. Kindergarten (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Personalien Kind		
Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adresse	PLZ / Ort	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Nationalität	Konfession
Muttersprache	Versicherten-Nummer (13-stellig)	756.
Alltagssprache	Deutschkenntnisse Ihres Kindes	gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/>

Personalien Eltern / Erziehungsberechtigte		
Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>		
Name	Vorname	Telefon P.
Adresse	PLZ / Ort	Mobile
E-Mail		Telefon G.
Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>		
Name	Vorname	Telefon P.
Adresse	PLZ / Ort	Mobile
E-Mail		Telefon G.

Hausarzt / Hausärztin		
Name	Vorname	Telefon Praxis
Adresse	PLZ / Ort	

Besucht/e Ihr Kind Frühförderangebote		
Spielgruppe <input type="checkbox"/>	Eltern-Kind Turnen <input type="checkbox"/>	Krippe <input type="checkbox"/>
Sonstiges <input type="checkbox"/> wenn ja, welche?		

Heilpädagogische Früherziehung		
Wurden bereits Therapien und / oder sonderpädagogische Massnahmen vorgeschlagen?		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?

Krankheiten, Allergien, Medikamente

Tagesbetreuung (sofern vorhanden)		
Name	Vorname	Telefon
Adresse	PLZ / Ort	
Wir interessieren uns für den schuleigenen Hort / Mittagstisch		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Unterlagen dazu finden Sie auf unserer Webseite: www.schule-schwerzenbach.ch/Tagesbetreuung/Hort		

Geschwister		
Name / Vorname	Jahrgang	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Name / Vorname	Jahrgang	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Name / Vorname	Jahrgang	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>

Unser Kind besucht eine Privatschule	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, Name der Organisation		
Adresse	PLZ / Ort	Telefon

Begründete Wünsche zur Klasseneinteilung

Weitere Informationen (Bsp. Ziehen Sie in Betracht, vor der Einschulung wegzuziehen?)

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------