

Eintrittsformular Zuzug (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Personalien Kind					
Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Adresse	PLZ / Ort		M	W	D
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"/>	
Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell? _____ Kindergarten <input type="checkbox"/> _____ Klasse <input type="checkbox"/>					
Besucht Ihr Kind Deutsch als Zweitsprache? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>					
Bisherige Adresse			Zuzug per		

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?					

Sonderpädagogische Massnahmen		
Wurden bereits Therapien und / oder sonderpädagogische Massnahmen vorgeschlagen bzw. angeordnet?		
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

Weitere Informationen

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