

Anmeldung für den Eintritt in die Schule und Kindergarten

Kind	Gesetzliche Vertretung		
Name:	Name Vater:		
Vorname:	Vorname Vater:		
Geburtsdatum:	Telefon Vater:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	eMail Vater:		
Heimatort:	Vater AHV-Nr. 756.		
Erstprache:	Name Mutter:		
Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> keine	Vorname Mutter:		
AHV-Nr: 756.	Telefon Mutter:		
Aufenthaltsbewilligung: <input type="checkbox"/> CH Niederlassung <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B Asylstatus <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S seit	eMail Mutter:		
Konfession:	Mutter AHV-Nr. 756.		
Schulzahnarzt: <input type="checkbox"/> Dr. F. Baumann <input type="checkbox"/> Dr. O. Termignone <input type="checkbox"/> *Dr. I. Sokol, Hindelbank <input type="checkbox"/> priv. Zahnarzt <small>* Transport erfolgt durch Erziehungsberechtigte</small>	Telefon P: (Festnetzanschluss)		
bisherige Adresse (inkl. PLZ und Ort):			
neue Adresse:			
Zuzug per:	Schuleintritt per:		
zuletzt besuchte Schule: <input type="checkbox"/> Kindergarten (<input type="checkbox"/> 1. KG <input type="checkbox"/> 2. KG) <input type="checkbox"/> Basisstufe <input type="checkbox"/> Primarschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Sekundarschule <input type="checkbox"/> Spezialklasse (Einführungsklasse (EK) <input type="checkbox"/> KbF <input 2"="" type="checkbox/>)</td> </tr> <tr> <td colspan="/> zuletzt besuchte Klasse: <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9.</input>			
Niveau Sekundarstufe I (Modell Spiegel):	Deutsch Sek <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/>	Französisch Sek <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/>	Mathematik Sek <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/>
bisherige Klassenlehrperson: (Name, Telefon, eMail) :			
Geschwister: Vorname und Geb.Datum:			
Bemerkungen:			