



## Anmeldung Schulen Menznau

Zuzug (Datum): \_\_\_\_\_ Schuleintritt am: \_\_\_\_\_

### Personalien des Kindes

Geschlecht:  weiblich  männlich

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ SV-Nr./AHV-Nr: \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name	Vorname	Geburtsdatum	Klasse

### Personalien Eltern / Erziehungsberechtigte / Fremdbetreuung

**Vater**  erziehungsberechtigt  erhält Korrespondenz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobilenummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Mutter**  erziehungsberechtigt  erhält Korrespondenz

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobilenummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer bei Fremdbetreuung (Tagesbetreuung):

### Kinderschutzmassnahmen

Beistand  Pflegeeltern  weitere \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tel./Mobile \_\_\_\_\_

Versorgungsgemeinde: \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

### Vorherige Adressen

Wohnadresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Schuladresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Lehrperson: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Gesundheit

Hat Ihr Kind körperliche oder andere Beschwerden (Allergien, ...)? Sind besondere Massnahmen notwendig (Medikamente, Vorsichtsmassnahmen, ...)?

---

---

#### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

#### Privatzahnarzt

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

### Unterstützung

Erhält Ihr Kind eine Unterstützung (Logopädie, Psychomotorik-Therapie, Heilpädagogische Früherziehung, medizinische Betreuung, ...)? Falls ja, welche und seit wann?

---

---

### Fragen an Fremdsprachige

Einreise in die Schweiz: \_\_\_\_\_ Aufenthaltsstatus: \_\_\_\_\_

#### Deutschkenntnisse

Kind	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend	<input type="checkbox"/> keine
Mutter	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend	<input type="checkbox"/> keine
Vater	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend	<input type="checkbox"/> keine

### Zahnkontrolle

Ich bestätige, dass unser Kind \_\_\_\_\_ jährlich die obligatorische Zahnkontrolle besucht und dass dieser Kontrolle, wenn nötig, eine Behandlung folgt.

- Die jährliche Zahnkontrolle und die Behandlung sollen beim **Schulzahnarzt** stattfinden.
- Die jährliche Zahnkontrolle soll beim **Schulzahnarzt** und die Behandlung beim Privatzahnarzt stattfinden.
- Die jährliche Zahnkontrolle und die Behandlung finden beim **Privatzahnarzt** statt.

Wichtig: Der Entscheid der Eltern/Erziehungsberechtigten gilt für die ganze Schulzeit.  
Änderungsanträge bezüglich Zahnarztkontrolle sind schriftlich an die Schulleitung zu richten.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_