

ANMELDUNG FÜR NEUZUZÜGER

Alle Angaben werden VERTRAULICH behandelt.

Datum Zuzug nach Belp

Neue Adresse

Bisherige Adresse

Anmeldung auf Einwohnerkontrolle erfolgt ja nein

Personalien des Kindes

Familienname des Kindes

Vorname(n) des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Geburtsort des Kindes

Knabe Mädchen

Staatsangehörigkeit

Heimatort des Kindes (*Heimatstaat*)

AHV/IV-Nr.

Krankenkasse

Hausarzt / Kinderarzt

Deutschkenntnisse des Kindes

(nur wenn die Muttersprache nicht Deutsch bzw. Mundart ist)

gut wenig keine

Personalien der Mutter

Familienname der Mutter

Vorname der Mutter

Adresse der Mutter

Telefon Privat und Mobile

Telefon Geschäft

E-Mail-Adresse Privat

Umgangssprache

Beruf / Arbeitsort

Personalien des Vaters

Familienname des Vaters

Vorname des Vaters

Adresse des Vaters

.....

Telefon Privat und Mobile

Telefon Geschäft

E-Mail-Adresse Privat

Umgangssprache

Beruf / Arbeitsort

Sorgerecht (elterliche Sorge)

Gemeinsam Mutter Vater

Beistandschaft / Pflegefamilie

(Name, Adresse, Telefon, E-Mail, weitere Informationen)

.....

.....

.....

Betreuung durch Tagesmutter/Tagesschule

(Institution, Name Leitung, Adresse, Telefon, E-Mail, welche Tage)

.....

.....

.....

Geschwister

(Namen und Geburtsjahr)

.....

.....

.....

Angaben zum bisherigen Kindergarten- oder Schulbesuch

Schulhaus / Kindergarten

Ort

aktuelle Klasse und Anzahl Schuljahre

Schultyp in Sekundarstufe I Real Sek Spezsek

Pensum im Kindergarten Volles Pensum Reduziertes Pensum

Name der **Klassenlehrperson**

Telefon

E-Mail-Adresse

Austritt per

Eintritt in Belp per

Bisherige Fördermassnahmen

- Logopädie
- Ergotherapie
- Psychomotorik
- heilpädagogische Begleitung (IF, GEF 1, GEF 2)
- andere

Name der **Förderlehrperson**

Telefon

E-Mail-Adresse

Schuluntersuchungen

- Schulärztliche Untersuchung bereits durchgeführt 2. Kindergarten 4. Kl. 8. Kl.
- Schulzahnarzt im laufenden Schuljahr durchgeführt Ja Nein
- Gewünschter Schulzahnarzt Dr. Aglietta Dr. Stiefel Dr. Schmid Dr. Graf Privat

Verschiedenes

Wichtige Angaben

Allergien, Medikamente

Konfession

Essgewohnheit

Bemerkungen

.....

Ort/Datum

Unterschrift(en)