

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 (<i>Heimatstaat</i>)	.....
AHV/IV-Nr.	.....
Krankenkasse	.....
Hausarzt / Kinderarzt	.....

Deutschkenntnisse des Kindes

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

☐ gut ☐ wenig ☐ keine

Erziehungsberechtigte Person 1

Familienname	.....
Vorname	.....
Adresse	.....
	
Telefon Privat und Mobile	.....
Telefon Geschäft	.....
E-Mail-Adresse Privat	.....
Umgangssprache	.....
Beruf / Arbeitsort	.....

Erziehungsberechtigte Person 2

Familienname

Vorname

Adresse

.....

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

Deutsch

☐ Real

☐ Sek

Mathematik

☐ Real

☐ Sek

Französisch

☐ Real

☐ Sek

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. Schären / Dr. Ebinger ☐ Dr. Graf ☐ Privat

Verschiedenes

Wichtige Angaben

Allergien, Medikamente

Konfession

Essgewohnheit

Bemerkungen

.....

.....

Ort/Datum

.....

Unterschrift(en)

.....