**Anmeldung Kindergarten Primarschule OZL**

**Kind**

Vorname männlich / weiblich

m 🗆 w 🗆

Familienname

Adresse

Ort

Geburtsdatum

Konfession

**AHV-Nr. bzw. Versicherungs-Nr. des Kindes** (finden Sie auf der Krankenversicherungskarte)

Nummer für Rundtelefon

Notfallnummer

Heimatort

Nationalität

Erstsprache

Muttersprache

Deutschkenntnisse

keine 🗆 wenig 🗆 gut 🗆 sehr gut 🗆

**Mutter**

Name

Vorname

Adresse oder □ siehe Kind

Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

**Vater**

Name

Vorname

Adresse oder □ siehe Kind

Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse

**Ansprechperson bei getrennt lebenden Eltern □ Mutter □ Vater**

**Geschwister**

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Arzt / Ärztin / Krankheiten**

Kinderarzt / Kinderärztin

Allergien

Besonderes (Diäten, Krankheiten, etc.)

**Therapien**

Logopädie 🗆

Heilpädagogik 🗆

andere Therapien

Name des/der Therapeuten/in

Name des/der Therapeuten/in

Name des/der Therapeuten/in

**Für Neuzugezogene**

Name der letzten Lehrperson

Telefonnummer der letzten Lehrperson

Eintritt Kindergarten

Ort der bisherigen Schule

Klasse / Stufe

Eintritt Primarschule

**Besonderes:**

Datum und Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten