**Anmeldung Kindergarten Primarschule OZL**

**Kind**

Familienname

Adresse

Ort

Geburtsdatum

Konfession

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

Vorname männlich / weiblich

      m [ ]  w [ ]

Nummer für Rundtelefon

Heimatort

Nationalität

Erstsprache

Muttersprache

Deutschkenntnisse

keine [ ]  wenig [ ]  gut [ ]  sehr gut [ ]

**Personalien der Eltern**

**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 Neuzugezogen**

Name der letzten Lehrperson

Telefonnummer der letzten Lehrperson

Ort der bisherigen Schule

Klasse / Stufe

Dauer

**Bemerkungen:**