**Anmeldung Primarschule**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name Vorname |  | |
|  |  | |
| Geschlecht | männlich | weiblich |
|  |  | |
| Geburtsdatum |  | |
|  |  | |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort) |  | |
|  | |
|  |  | |
| Heimatort (Nationalität) |  | |
|  |  | |
| Umgangssprache |  | |
|  |  | |
| Muttersprache |  | |
|  |  | |
| Konfession |  | |
|  |  | |
| Übertritt an unsere Schule auf |  | |

**Erziehungsberechtigung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erziehungsberechtigt sind: | Vater und Mutter | nur Vater | | nur Mutter |
|  |  | | | |
| Korrespondenz  (Nicht-Erziehungsberechtigte(r) erhält ebenfalls alle | Ja | | Nein | |

Korrespondenz)

**Ausländische Staatsangehörigkeit** *(nur für ausländische(n) Schülerin auszufüllen)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ihr Kind ist in der Schweiz seit |  | | | |
|  |  | | | |
| Seine/ihre Deutschkenntnisse  (falls Muttersprache nicht Deutsch ist) | sehr gut | gut | wenig | keine |
|  |  | | | |
| Hat(te) ihr Kind Deutschunterricht? | Ja seit | | Nein | |

Schulleitung KSWH

Schulgasse 9

4317 Wegenstetten

**Mutter**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Vorname |  |
|  |  |
| Telefon (Festnetz) |  |
|  | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| Handy-Nr. |  |
|  | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| E-Mail-Adresse |  |
|  | Benutzung für Zustellung von Schulinfos:  ja  nein |
|  |  |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort)  (wenn abweichend von Wohnadresse des Kinds) |  |
|  |

**Vater**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Vorname |  |
|  |  |
| Telefon (Festnetz) |  |
| (wenn abweichend von Mutter) | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| Handy-Nr. |  |
|  | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| E-Mail-Adresse |  |
|  | Benutzung für Zustellung von Schulinfos:  ja  nein |
|  |  |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort)  (wenn abweichend von Wohnadresse des Kinds) |  |
|  |

**Andere wichtige Vertrauensperson** *(nur falls vorhanden ausfüllen)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name Vorname |  |
|  |  |
| Beziehung zum Kind |  |
|  |  |
| Telefon (Festnetz) |  |
|  | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| Handy-Nr. |  |
|  | Aufnahme auf Rundtelefon-Klassenliste:  ja  nein |
|  |  |
| E-Mail-Adresse |  |
|  | Benutzung für Zustellung von Schulinfos:  ja  nein |
|  |  |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort)  (wenn abweichend von Wohnadresse des Kinds) |  |
|  |

**Fremdbetreuung (Tagesfamilie etc.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Wochentag(e), Betreuungszeiten |  |
|  |  |
| Name Vorname |  |
|  |  |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort) |  |
|  |
|  |  |
| Telefonnummer |  |

**Haus- oder Kinderarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Vorname |  |
|  |  |
| Adresse (Strasse, PLZ Ort) |  |
|  |
|  |  |
| Telefonnummer |  |

**Vorgehen im Notfall**

Plötzlich erkrankte oder verunfallte Kinder sind in ihrem vertrauten Umfeld am besten aufgehoben. Damit wir in einem Notfall wie unten skizziert vorgehen können, benötigen wir weitere Angaben:

*1. Schritt*: Eltern werden informiert.

*Nur falls gewünscht*: oben erwähnte Vertrauensperson:  ja  nein

*Nur falls gewünscht*: oben erwähnte Fremdbetreuung:  ja  nein

weitere Vertrauensperson:

Telefon-Nr.

Wenn nicht erreichbar *2. Schritt*: Haus- oder Kinderarzt

Wenn nicht erreichbar *3. Schritt*: Schulärztin Ina Reising, Zeiningen

Wenn nicht erreichbar *4. Schritt*: Notfallabteilung Spital Rheinfelden

**Kontaktadresse der abgebenden Schule**

|  |  |
| --- | --- |
| Schulstufe / Schulort |  |
|  |  |
| Klasse |  |
|  |  |
| Name Vorname Klassenlehrperson |  |
|  |  |
| Telefon Klassenlehrperson |  |
|  |  |
| E-Mail-Adresse Klassenlehrperson |  |

**Bisherige Schullaufbahn**

Anzahl der abgeschlossenen Schuljahre in welchen Stufen und in welchen Schulen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *Schulstufe* | *Schulort* |  | *Schulstufe* | *Schulort* |
|  | Kindergarten |  |  | Kleinklasse |  |
|  | Früheinschulung |  |  |  |  |
|  | Einschulungsklasse |  |  |  |  |
|  | Primarschule |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Genaue Bezeichnung / Schulort* |
|  | Privatschule |  |
|  | andere Institutionen |  |

**Beratungsstellen / Therapien / Allergien, Krankheiten / Medikamente / Einlaubnis zum Einsatz von Salben in Notfällen**

*Nur solche konsultierte Beratungsstellen aufführen, die für die schulische Laufbahn von Bedeutung sind bzw. welche eine zukünftige Lehrperson wissen muss: Heilpädagogischer Dienst (HPD), Schulpsychologischer Dienst (SPD), Logopädischer Dienst (Sprachheilwesen) etc. Gleiches gilt für Therapien (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, heilpädagogische Früherziehung), Allergien, Krankheiten (z.B. Heuschnupfen, Asthma, Insektenstiche o.ä.) und regelmässig einzunehmende Medikamente.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Beratungsstelle* | *Bericht vorhanden* |
|  | Ja  Nein |
|  | Ja  Nein |
|  | Ja  Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Therapie* | *Dauer* | *abgeschlossen* |
|  |  | Ja  Nein |
|  |  | Ja  Nein |
|  |  | Ja  Nein |

|  |
| --- |
| *Allergien, Krankheiten (Pollen, Tierhaare, gewisse Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenstiche, Asthma o.ä.)* |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| *Regelmässig einzunehmende Medikamente* |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Erlaubnis der Eltern, in Notfällen folgende Salben bei Ihrem Kind einzusetzen:* |  |
| Salbe bei Insektenstichen | Ja  Nein |
| Wundsalbe | Ja  Nein |
| Wunddesinfektionssalbe | Ja  Nein |
| Wärmende Salbe | Ja  Nein |
| Kühlende Salbe | Ja  Nein |

**Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

Ort Datum: Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte

**Beilagen**

Kopie Semesterzeugnis  Abklärungsbericht  Empfehlungsschreiben

Diese Informationen werden vertraulich behandelt und sind nur für den schulinternen Gebrauch bestimmt. Bitte allfällige Änderungen während des Schuljahrs umgehend der Klassenlehrperson melden. Besten Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis.