Kreisschule
Wegenstetten-Hellikon
zusammen wachsen

Schulleitung

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 Korrespondenz)	☐ Ja	☐ Nein	

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	

Mutter

Name Vorname	
Telefon (Festnetz)	
Handy-Nr.	Aufnahme in Klassen-Chat: ☐ 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)	
Handy-Nr.	Aufnahme in Klassen-Chat: ☐ 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		0 J.	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.