



## Anmeldung Primarschule

Name Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Adresse (Strasse, PLZ Ort)	<input type="text"/>
Heimatort (Nationalität)	<input type="text"/>
Umgangssprache	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>
Übertritt an unsere Schule auf	<input type="text"/>

## Erziehungsberechtigung

Erziehungsberechtigt sind:	<input type="checkbox"/> Vater und Mutter	<input type="checkbox"/> nur Vater	<input type="checkbox"/> nur Mutter
Korrespondenz <small>(Nicht-Erziehungsberechtigte(r) erhält ebenfalls alle Korrespondenz)</small>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

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

Ihr Kind ist in der Schweiz seit	<input type="text"/>			
Seine/ihre Deutschkenntnisse <small>(falls Muttersprache nicht Deutsch ist)</small>	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> keine
Hat(te) ihr Kind Deutschunterricht?	<input type="checkbox"/> Ja	seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nein	

**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	<input type="text"/>
Name Vorname	<input type="text"/>
Adresse (Strasse, PLZ Ort)	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

### Haus- oder Kinderarzt

Name Vorname	<input type="text"/>
Adresse (Strasse, PLZ Ort)	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

### 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	<input type="text"/>
Klasse	<input type="text"/>
Name Vorname Klassenlehrperson	<input type="text"/>
Telefon Klassenlehrperson	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse Klassenlehrperson	<input type="text"/>

## Bisherige Schullaufbahn

Anzahl der abgeschlossenen Schuljahre in welchen Stufen und in welchen Schulen

	Schulstufe	Schulort		Schulstufe	Schulort
0 J.	Kindergarten		0 J.	Kleinklasse	
0 J.	Früheinschulung				
0 J.	Einschulungsklasse				
0 J.	Primarschule				

		Genaue Bezeichnung / Schulort
0 J.	Privatschule	
0 J.	andere Institutionen	

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

Nur solche konsultierte Beratungsstellen auflühren, 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
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Therapie	Dauer	abgeschlossen
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Regelmässig einzunehmende Medikamente

<i>Erlaubnis der Eltern, in Notfällen folgende Salben bei Ihrem Kind einzusetzen:</i>	
Salbe bei Insektenstichen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wundsalbe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wunddesinfektionssalbe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wärmende Salbe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kühlende Salbe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.