

Anmeldeformular für den Kindergarten / für die Schule

Name / Vorname des Kindes		
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Geburtsdatum:
Heimatort /Heimatland		
Konfession*		
Muttersprache	<input type="checkbox"/> Deutsch/Schweizerdeutsch <input type="checkbox"/> andere Muttersprache: (bitte Zusatz auf der Rückseite ausfüllen)	
Geschwister (Vorname, Jahrgang)		
Gesetzlicher Vertreter Vater: Name, Vorname Beruf Mutter: Name, Vorname Beruf		
Strasse Wohnort		
Telefon: Mobile: Email:	Mutter: Mutter:	Vater: Vater:
Email für Schulpost (bitte nur eine Adresse angeben, ausser bei getrennt wohn. Eltern)		
Eintritt in Oeschgen	Datum: in <input type="checkbox"/> Kindergarten: <input type="checkbox"/> 1. Jahr <input type="checkbox"/> 2. Jahr in <input type="checkbox"/> Schule: Klasse	

Bisher besuchter Unterricht	Datum/Jahr: Gemeinde: <input type="checkbox"/> Kindergarten: <input type="checkbox"/> 1. Jahr <input type="checkbox"/> 2. Jahr <input type="checkbox"/> Schule: <input type="checkbox"/> 1. Kl. <input type="checkbox"/> 2. Kl. <input type="checkbox"/> 3. Kl. <input type="checkbox"/> 4. Kl. <input type="checkbox"/> 5. Kl.
Chronische Krankheiten / Allergien / Behinderungen / Therapien	
Bemerkungen	

* Die Personalien des Kindes sowie die Angabe zur Konfession werden der entsprechenden Kirchgemeinde (römisch-katholisch, reformiert, christkatholisch) zur Anmeldung und Planung des kirchlichen Religionsunterrichtes weitergegeben. Die Kirchgemeinde wird die Eltern direkt informieren bzw. kontaktieren. Falls Sie nicht möchten, dass diese Daten der Kirchgemeinde weitergegeben werden, teilen Sie dies bitte der Schule mit.

Ort, Datum, Unterschrift:	
---------------------------	--

Bitte ausfüllen, falls Muttersprache **nicht** Deutsch/Schweizerdeutsch ist.

Besucher Stütz- oder Intensivunterricht (DaZ)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> im Kindergarten: <input type="checkbox"/> 1. Jahr <input type="checkbox"/> 2. Jahr <input type="checkbox"/> in der Schule: <input type="checkbox"/> 1. Kl. <input type="checkbox"/> 2. Kl. <input type="checkbox"/> 3. Kl. <input type="checkbox"/> 4. Kl.
Welche Sprache ist Ihre Erstsprache?	
Mutter:	Vater:
Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?	
Mutter:	Vater:
Welche Sprache spricht Ihr Kind mit Ihnen?	
Mutter:	Vater:
Welche Sprache spricht die Person, die Ihr Kind während der Woche hauptsächlich betreut?	
Sprache:	
Welche Sprache spricht das Kind hauptsächlich, wenn es mit anderen Kindern spielt?	
Sprache:	