

Anmeldung Kindergarten der Primarschule Leuggern

Kind

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Nationalität:

Muttersprache:

Konfession:

Deutschkenntnisse: gut wenig keine

Krankheiten, Allergien, Behinderungen, spezielle Medikamente etc., die für den Schulalltag relevant sind:

Eltern

Mutter

Name:

Vater

Name:

Vorname:

Vorname:

berufstätig:

berufstätig:

Sorgerecht

beide Elternteile Mutter Vater Pflegeeltern

Adresse des getrennt lebenden Elternteils:

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefon:

E-Mail:

Adresse

Adresse:

PLZ: Ort:

Telefon:

Telefon Notfall:

Mobile Mutter:

Mobile Vater:

E-Mail:

Telefon Notfall:

Geschwister (Name und Geburtsjahr angeben):

Abklärungen/Beratungsstellen/Therapien

Folgende Beratungsstellen (SPD, Logopädischer Dienst, KJPD, o.ä.) wurden beigezogen:

Beratungsstelle	Bericht vorhanden		Weiterführung	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchgeführte Therapien			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

Bemerkungen:

Datum:

Ort:

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Beilagen:

Abklärungsbericht