

# ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Tel. 043 422 10 20  
Fax 043 422 10 30  
E-mail: info@schlossregensberg.ch



**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Heimatort:** \_\_\_\_\_

**Konfession:** \_\_\_\_\_

## Vater:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

## Mutter:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

## Geschwister:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulklasse / Beruf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bestehen Kindsschutzmassnahmen? Welche? \_\_\_\_\_

Bei wem liegt das **elterliche Sorgerecht**? \_\_\_\_\_

Begleitende **Fachstelle:** \_\_\_\_\_

Person / Funktion: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

# Angaben über das angemeldete Kind

Gegenwärtige Schulklasse: \_\_\_\_\_ 

|     |     |
|-----|-----|
| SoB | SoD |
|-----|-----|

 LehrerIn: \_\_\_\_\_  
Schulhaus/Ort: \_\_\_\_\_

Kindergarten: Jahr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
1. Jahr \_\_\_\_\_  
2. Jahr \_\_\_\_\_  
(3. Jahr) \_\_\_\_\_

| Schulbesuch: | Jahr: | Klasse | SoB / SoD | Ort:  |
|--------------|-------|--------|-----------|-------|
| 1. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 2. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 3. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 4. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 5. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 6. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 7. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 8. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |
| 9. Schuljahr | _____ | _____  | _____     | _____ |

## Bisherige Abklärungen:

Wann: \_\_\_\_\_ Durch wen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bisherige Therapien und Fördermassnahmen (zB: Einzelförderung, Rhythmik, Spieltherapie...):

| Art der Förderung: | Wann: | Durch wen: |
|--------------------|-------|------------|
| _____              | _____ | _____      |
| _____              | _____ | _____      |
| _____              | _____ | _____      |

Bekommt das Kind regelmässig Medikamente? Welche: \_\_\_\_\_  
Adresse behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Anerkennung durch IV 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ja                       | nein                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|            |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| angemeldet | ja                       | nein                     |
|            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  
IV-Nummer: \_\_\_\_\_  
Psychotherapie 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Adresse Krankenkasse/Sektion/Vers.Nr. \_\_\_\_\_ Prämien werden bezahlt von: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung 

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ja                       | nein                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 Policen-Nr. \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_