

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

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



Name: _____ **Vorname:** _____
Geburtsdatum: _____ **Heimatort:** _____
Konfession: _____

Mutter:
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____
Adresse: _____ Beruf: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Telefon P: _____ G: _____ Handy: _____

Vater:
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____
Adresse: _____ Beruf: _____
PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
Telefon P: _____ G: _____ Handy: _____

Geschwister:

Name:	Geburtsdatum:	Schulklasse / Beruf:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erziehungsberechtigte Personen: _____

Bei wem liegt das **elterliche Sorgerecht**? _____

Begleitende Fachstelle: _____
Person / Funktion: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Angaben über das angemeldete Kind

Ja

Nein

seit / Anzahl

aktueller Schulstatus:

Deutsch individuelle Lernziele:

--

--

Rechnen individuelle Lernziele:

--

--

IF-Stunden:

--

--

Kindergarten:

Jahr:

Ort:

1. Jahr

2. Jahr

Einschulungsklasse

Schulbesuch:

Jahr:

Ort:

Name der Sonderklasse:

Kleinklasse:

Regelkasse:

1. Schuljahr

--

--

2. Schuljahr

--

--

3. Schuljahr

--

--

4. Schuljahr

--

--

5. Schuljahr

--

--

6. Schuljahr

--

--

7. Schuljahr

--

--

8. Schuljahr

--

--

9. Schuljahr

Semo / Lehre etc:

Bisherige Abklärungen:

Wann:

Durch wen:

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

Art der Förderung:

Wann:

Durch wen:

Regelmässige Medikamenteneinnahme?

Allergien?

Adresse behandelnder Arzt:

Anerkennung durch IV

IV-Nummer:

ja nein

--	--

angemeldet

ja nein

--	--

Psychotherapie:

ja nein

--	--

Wann: _____

durch wen: _____

Adresse Krankenkasse/Sektion/Vers.Nr.

Prämien werden bezahlt von:

Haftpflichtversicherung

ja nein

--	--

Policen-Nr.

Adresse:
