**Anmeldung für den Schulbesuch in Udligenswil**

**Datum Schuleintritt**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

[ ]  Primarschule

 Geplante Klasse …………………

[ ]  Obligatorisches Kindergartenjahr

 Für Kinder die vor dem 1. August des Jahres das 5. Altersjahr vollenden

 Der Schulanfang findet nur im August statt.

[ ]  Freiwilliges Kindergartenjahr

 Für Kinder die vor dem 1. August des Jahres das 4. Altersjahr vollenden.

 [ ]  Schulanfang im August

 [ ]  Schulanfang im Februar

 [ ]  Einschulung erst im kommenden Schuljahr in den obligatorischen Kindergarten

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien des Kindes** |  |
| Name       | Geschlecht [ ]  weiblich / [ ]  männlich  |
| Adresse       | Vorname       |
| Nationalität       | PLZ/Ort       |
| Geb. Datum       | Heimatort       |
| AHV-Nr.       | Konfession       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Umgangssprache des Kindes** |  |
| Erste erlernte Sprache (Muttersprache)  | Zweite erlernte Sprache (bei zweisprachig aufwachsenden Kindern)  |
|       |       |
|  | Benötigt Ihr Kind DaZ-Unterricht [ ]  Ja / [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eltern / Erziehungsberechtigte – Vater**  |  |
| Name        | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Tel./Mobile       | E-Mail       |
| Erziehungsberechtigt [ ]  Ja / [ ]  Nein | erhält Korrespondenz [ ]  Ja / [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eltern / Erziehungsberechtigte – Mutter**  |  |
| Name       | Vorname       |
| Adresse       | PLZ/Ort       |
| Tel./Mobile       | E-Mail       |
| Erziehungsberechtigt [ ]  Ja / [ ]  Nein | erhält Korrespondenz [ ]  Ja / [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Andere Erziehungsberechtigte** | [ ]  Ja / [ ]  Nein |
| [ ]  Beistand / [ ]  Pflegeeltern / [ ]  Weitere:  |
| Name       | Vorname       |
| Adresse        | PLZ/Ort       |
| Tel./Mobile       | E-Mail       |
| **Geschwister** | **Geb. Datum** |
| Vorname       |       |
| Vorname       |       |
| Vorname       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bisherige Schule** |  |
| Gemeinde       | Lehrperson       |
| Schulhaus       | Telefon       |
| Stufe/Klasse       | E-Mail       |

|  |
| --- |
| **Besonderheiten, Allergien, Krankheiten, Bemerkungen** |
|       |

**Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten**

 **Mutter**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Vater**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hinweis:**

Das Formular muss handschriftlich und von beiden Elternteilen unterzeichnet werden.

Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse per E-Mail oder Post:

Schule Udligenswil

Schulsekretariat

Meierskappelstrasse 7

6044 Udligenswil

sekretariat@schule-udligenswil.ch / 041 371 13 17