|  |  |
| --- | --- |
| Familienname des Kindes: |  |
| Vorname des Kindes: |  |
| Geschlecht:  |  |
| Geburtsdatum des Kindes: |  |
| Muttersprache (Erstsprache): |  |
| AHV-Nr.13 des Kindes: |  |
| Nationalität / Heimatort des Kindes: |  |
| Vorname und Familienname des Vaters:AHV-Nr.13 des Vaters: |  |
| Vorname und Familienname der Mutter: AHV-Nr.13 der Mutter: |  |
| (Bei getrennt lebenden Eltern bitte unterstreichen, bei wem das Kind wohnt) |
| Adresse alt: |  |
| Adresse neu (in Gemeinde Worb): |  |
| Umzugsdatum: |  |
| Telefon Vater Privat: |  |
| Mobile Vater: |  |
| Telefon Mutter Privat: |  |
| Mobile Mutter: |  |
| E-Mail Hauptkontakt: |  |
| Adresse aktuell besuchte Schule: |  |
| Name + Tel oder E-Mail Lehrperson bisher: |  |
| Wir sind einverstanden, dass bei der bisherigen Schule bezüglich Arbeits- und Lernverhalten Auskünfte eingeholt werden dürfen. | * Ja
* Nein
 |
| Schulstufe / Klasse aktuell: |  |
| Kalenderjahr Schuleintritt (Kindergarten):Gemeinde/ (Ort) erster Schuleintritt: |  |
| Anzahl bereits besuchter Schuljahre: |  |
| Aktuell besuchter Spezialunterricht/Therapien: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Wird von der Schule ausgefüllt****:* |  |
| Einteilung in Klasse: |  |
| Schulhaus: |  |
| KlassenlehrerIn: |  |
| Datum des Eintrittes: |  |
| Benötigt folgende Therapie: |  |
| DaZ Logo IF Psychomotorik  |
| Kopie der Einteilung an: |  |