

Anmeldung neue Schülerinnen und Schüler / Schuljahr _____

Kindergarten: 5-jährige 6-jährige
 Klasse: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

EINTRITT AB: _____

Personalien Schüler/in:

Name Vorname

Geb.datum männlich weiblich

Alte Adresse:

Neue Adresse:

Gültig ab:

Telefon E-mail (Kontakt)

Heimatort Muttersprache

(mit Kanton oder Staat) Zweitsprache

Konfession

Geschwister mit Jahrgang

Inhaber der elterlichen Gewalt:

Name Vorname

Beruf Handy

E-Mail

Name Vorname

Beruf Handy

E-Mail Handy

Gegenwärtiger Schulbesuch: (bitte ankreuzen mit Angabe im wievielten Schuljahr)

1. Kindergarten 5-jährige Schulort

Kindergarten 6-jährige Schulort

1. Klasse imSJ; Schulort

2. Klasse imSJ; Schulort

3. Klasse imSJ; Schulort

4. Klasse imSJ; Schulort

5. Klasse imSJ; Schulort

6. Klasse imSJ; Schulort

andere imSJ; Schulort

bitte wenden

Abklärungen:

Legasthenie

Jahr:

Logopädie

Jahr:

Dyskalkulie

Jahr:

Weitere Abklärungen

Jahr:

.....

Jahr:

In laufender Therapie

ja

nein

.....

Unterschriften:

Ort und Datum und Unterschriften der Eltern

.....

Bitte Formular retournieren an:

Schule Bergdietikon
Schulleitung/Schulverwaltung
Schulstrasse 2
8962 Bergdietikon

schulsekretariat@schule-bergdietikon.ch