



Sonderpädagogische Tagesschule
für Wahrnehmungsförderung
Ottenbacherstr.15 8909 Zwillikon
Telefon 044 761 48 70
info@wahrnehmungs-schule.ch
www.wahrnehmungs-schule.ch

Foto

Schüler/in
Name: _____ AHVN13: _____

Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Eltern / gesetzliche Vertreter: _____

Name der Mutter _____ Name des Vaters: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Berufstätigkeit: _____ Berufstätigkeit: _____

Strasse, Nummer: _____ Strasse: _____

PLZ, Ort: _____ PLZ Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____ Tel. Geschäft: _____

E-mail Adresse: _____

Darf die E-Mail Adresse an den Elternrat abgegeben werden: ja nein

Geschwister: Name / Alter / Schule: _____

Vormund/Beistand (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail): _____

Muttersprache: _____ Konfession: _____

Vorgesehenes Eintrittsdatum:

Bisher besuchte Schulen: Klasse: von bis

Klassenlehrer/in der zuletzt besuchten Schule: Tel. Nr. (Schule / Privat)

Wer hat Sie auf unsere Schule verwiesen?

Abklärungsstellen:

IV-Nummer:

Krankenkasse:

Spezialarzt / Hausarzt:

Tel. Nr.:

Therapien:

Tel. Nr.:

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?

Leidet Ihr Kind an einer Allergie? Wenn ja, an welcher?

Wir haben von den „Aufnahmebedingungen / Vereinbarungen“ Kenntnis genommen und sind damit einverstanden.

Wir erlauben der Schule, bei den oben aufgeführten Personen oder Institutionen allfällig nötige Rückfragen zu machen:

Ort, Datum:

Unterschrift der Mutter:

Unterschrift des Vaters:

Bemerkungen:

Beilagen (Berichte von Abklärungs- /Therapiestellen etc.):