## OBLIGATORISCHER ZWEIJAHRESKINDERGARTEN ANMELDUNG FÜR KINDER MIT GEBURTSDATUM VOM 01.08.2019 – 31.07.2020

**1. KIND**

|  |
| --- |
| **Schuljahr 2025/2026 Anmeldeschluss ⇒ 10.01.2025** |
| **Personalien des Kindes** |
| Mädchen [ ]  | Knabe [ ]  | **Wichtig:** AHV-Nr. (Kind) | *756.* |
| **Familienname**  | **Vorname**  |
| Geburtsdatum       | Heimatort       |
| Staatsangehörigkeit       | Religion       |

**2. ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTE(R)**

|  |
| --- |
| **Personalien Eltern / Erziehungsberechtigte** |
| Mutter [ ]  erziehungsberechtigte Person | Vater [ ]  erziehungsberechtigte Person |
| Name, Vorname       | Name, Vorname       |
| Adresse       | Adresse       |
| Tel. Mobile       | Tel. Mobile       |
| Tel. Privat       | Tel. Privat       |
| E-Mail       | E-Mail       |

***Diese E-Mailadresse(n) und Mobilenummern werden für die offizielle Kommunikation der Schule verwendet.***

|  |
| --- |
| **Muttersprache: Welche Sprache wird in der Familie gesprochen?** |
| [ ]  deutsch | [ ]  fremdsprachig, welche       |
| Deutschkenntnisse:  | [ ]  gut  | [ ]  ein wenig  | [ ]  keine |

**3. BETREUUNG**

|  |
| --- |
| **Benötigen Sie ein Betreuungsangebot der Tagesstrukturen der Schulen Sempach**  |
| [ ]  ja | [ ]  nein |
| Die Anmeldeunterlagen finden Sie ab Juni 2024 unter **www.sempach.ch/tagesstrukturen** |
| **Hat Ihr Kind einen privaten Tagespflegeplatz?**  |
| [ ]  ja | Kontakt       | [ ]  nein |

**4. WEITERE ANGABEN ZUM KIND**

|  |
| --- |
| **Abklärungen** |
| [ ]  HFD (Heilpädagogischer Früherziehung) | [ ]  PMT (Psychomotorische Therapiestelle) |
| [ ]  SPD (Schulpsychologischer Dienst) | [ ]  LPD (Logopädischer Dienst)  |
| [ ]  KJPD (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) | [ ]  andere Therapien |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spielgruppe** | [ ]  ja, welche       | [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Geschwister** |
| Vorname |  |  |       |
| Geburtsdatum |  |  |       |

**5. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG VERWENDUNG VON FOTOS/VIDEOS**

|  |
| --- |
| **Aus Gründen des Datenschutzes benötigen wir folgendes Einverständnis der Eltern:** |
| Wir sind einverstanden, dass die Schule Fotos und Videos, auf welchen unser Kind abgebildet ist, für Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage Schule/Stadt, Blog, Instagram, Anschlagbrett usw.) sowie für den Unterricht verwendet. | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Fotos und Videos **nur** für den Unterricht erlaubt | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Keine** Veröffentlichung von Fotos und Videos erwünscht | [ ]  ja | [ ]  nein |

**6. Bezugspersonen bei Notfall und Abwesenheit der Eltern**

|  |
| --- |
| **Weitere Ansprechperson bei Notfällen / bitte nur zwei Kontakte angeben.** |
| Name, Vorname       | Tel.       |
| Name, Vorname       | Tel.       |

**7. Ärzte**

|  |
| --- |
| **Koordinaten Ärzte für Notfall** |
| Hausarzt       | Tel.       |
| Zahnarzt       | Tel.       |
| Weitere Ärzte       | Tel.       |

**8. Wichtige Informationen**

|  |
| --- |
| **Bemerkungen / Massnahmen** |
| Allergien  |       |
| Krankheiten |       |
| Medikamente |       |
| Religiöse Vorschriften |       |
| Lebensmittelunverträglichkeit |       |
| Vegetarisch/Vegan |       |
| Hinweis auf spezielle Verhaltensweisen usw. |       |

**9. Zahnärztlicher Reihenuntersuch**

|  |
| --- |
| **Wo macht Ihr Kind den jährlichen schulzahnärztlichen Reihenuntersuch?** |
| [ ]  Der jährliche Kontrolluntersuch soll von der Schulzahnärztin vorgenommen werden. |
| [ ]  Der jährliche Kontrolluntersuch wird bis Ende Kalenderjahr auf eigene Kosten durch den  Privatzahnarzt durchgeführt.  |

|  |
| --- |
| **Diese Angaben bleiben für die ganze Schulzeit in Sempach aktiv, ausser sie werden durch die Erziehungsberechtigten widerrufen.** |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen** |
|  |

|  |
| --- |
| Ort / Datum             |
| Unterschrift der Erziehungsberechtigten       |
| Unterschrift der Erziehungsberechtigten       |