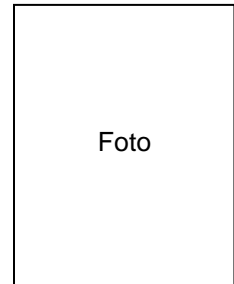


Balkenweg 20  
 4460 Gelterkinden  
 Tel. 061 985 99 33  
 Fax 061 985 99 34  
[www.leiern.ch](http://www.leiern.ch)  
[info@leiern.ch](mailto:info@leiern.ch)

# Anmeldung zur Aufnahme eines Kindes



Name und Vorname: .....

## Personalien des Kindes/Jugendlichen

Strasse:	Bürgerort:
PLZ, Wohnort:	Konfession:
Telefon:	IV-Nummer:
Geburtsdatum:	Nationalität:

## Personalien der Eltern

	Mutter:	Vater:
Name, Vorname:		
Strasse:		
PLZ, Ort:		
Telefon:		
Telefon Geschäft:		
E-Mail-Adresse:		
Geburtsdatum:		
Konfession:		
Bürgerort:		
Zivilstand:		
Heutiger Beruf:		
Arbeitgeber*in:		
Muttersprache:		

**Geschwister**

Name und Vorname:	Geburtsdatum:	Wohnort:	Schule / Beruf:

**Gesprochene Sprache(n) zu Hause**

--

**Inhaber/in des Sorgerechts**

Eltern:	Mutter:
Beistand:	Vater:
Art der Beistandschaft:	Aufenthaltsbestimmungsrecht:

Name und Vorname der zuweisenden Person:	
Beruf:	Telefon/E-Mail:
Strasse:	PLZ, Ort:
Betreut seit:	
Name und Vorname des Beistandes:	
Beruf:	Telefon:
Strasse:	PLZ, Ort:
Betreut seit:	

**Versicherungen (bitte Kopien beilegen)**

Krankenkasse:	Hausarztmodell:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Unfallversicherung:			
Haftpflichtversicherung:			

**Ausweise (bitte Kopien beilegen)**

Pass/ID:	
Aufenthaltsbewilligung, Status:	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> andere
Impfausweis:	

**Besuchte Schulen und Förderangebote**

Heilpäd. Früherziehung in:	von:	bis:
Kindergarten in:		
Schuleintritt in:		
Zuletzt besuchte Schulen:		

**Kontakte**

**Bestehen Kontakte zu Pro Infirmis, Stiftung Mosaik, Birmann Stiftung, Sozialberatungsstellen oder Sozialhilfe?**  
 Wenn ja, Adresse und Kontaktperson:

**Adressen von Ärzten**

Kinderarzt:
Kinderpsychiater:
Neurologe (EEG):
Andere Fachärzte:

**Medikamente / Allergien**

Medikamente:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Kindertransporte**

Eltern organisieren sich selbständig:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Eltern benötigen ein Transportunternehmen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Nebenkosten**

Zuständigkeit:	Behörde:	Eltern:	Betrag:
Kleider:			
Hygiene:			
Taschengeld:			
U-Abo:			

**Einverständnis**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Eltern erlauben dem Zentrum für Sonderpädagogik Auf der Leiern nach der definitiven Aufnahme Ihrer Tochter/Ihres Sohnes, die zur Erziehung notwendigen Auskünfte resp. Berichte bei medizinischen, psychologischen, pädagogischen und amtlichen Fachstellen einzuholen.</li> <li>Die Eltern haben die Dokumente „Betreuungsvertrag“ und “Medienvereinbarung“ gelesen und akzeptiert.</li> </ul>	
Ort und Datum: ..... .....	Unterschriften der Eltern: ..... .....
Ort und Datum: .....	Unterschrift zuweisenden Behörde: .....