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

**1. KIND**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Schuljahr 2024/2025** | **Anmeldeschluss ⇒ 08.01.2024** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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) 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 folgende Einverständniserklärung der Eltern** | | |
| **Fotos:** Wir sind einverstanden, dass die Schule Fotos, auf welchen unser Kind abgebildet ist, für Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage der Schule und der Stadt Sempach, Blog, Instagram, Anschlagbrett usw.) verwenden darf. | **einzeln** | |
| ja | nein |
| **in Gruppen** | |
| ja | nein |
| **Videos:** Wir sind einverstanden, dass die Schule Videos, auf welchen unser Kind abgebildet ist, für Weiterbildungszwecke und Präsentationen (z.B. Vorstellen unserer Arbeit) verwenden darf. | **einzeln** | |
| ja | nein |
| **in Gruppen** | |
| 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 |