**Anmeldeformular**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personalien Kind** |  |  |
| Geschlecht | [ ] Mädchen | [ ] Knabe |
| Name / Vorname |       |  |
| Wohnadresse aktuell |       |  |
| Geburtsdatum |       |  |
| SV-Nummer | 756.      |  |
| Heimatort / Nationalität |       |  |
| Konfession |       |  |
| Erstsprache |       |  |
| Deutschkenntnisse | [ ] gut | [ ] mittel | [ ] wenig | [ ] keine |
| Gewünschter Schulzahnarzt | [ ] Dr. med. dent. Marc Raby, Flawil |
|  | [ ] Dr. med. dent. Bruno Soom, Flawil |
|  | [ ] Privatzahnarzt *Wir als Eltern übernehmen die Verantwortung für den jährlichen Zahnarztbesuch sowie die damit verbundenen Kosten.* |
|  |  |  |
| **Erziehungsberechtigte** | Mutter | Vater |
| Name / Vorname |       |       |
| Adresse |       |       |
| Telefon |       |       |
| Mobiltelefon |       |       |
| E-Mail |       |       |
| Sorgerecht  | [ ] Beide | [ ] Mutter | [ ] Vater |
|  |  |  |
| **Schulbesuch aktuell** |  |  |
| Aktuelle Schule / Klasse |       |  |
| Name / Vorname Lehrperson |       |  |
| Telefon / E-Mail Lehrperson |       |  |
| Krankheiten |       |  |
| Förderungen / Therapien |       |  |
|  |  |  |
| **Zuzug** |  |  |
| Wohnadresse **neu** |       |  |
| Datum Zuzug |       |  |
| Datum Schuleintritt |       |  |
|  |  |  |
| **Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Aufnahmen** |
| [ ] Wir erklären uns damit einverstanden, dass Bild- und Tonaufnahmen von offiziellen Schulanlässen (Sporttage, Neigungswoche usw.) sowie Klassenfotos, auf denen unser Kinder und/oder wir erkennbar sind, auf der Schulwebsite aufgeschaltet und Fotos in Publikationen (Amtsbericht, Presse, Schulblatt, Mitteilungsblatt usw.) abgedruckt werden dürfen. Die Veröffentlichung erfolgt ohne Namensnennung. |
| [ ] Wir möchten, dass keine Ton- und Nahaufnahmen von unserem Kind veröffentlicht werden. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ort und Datum:** |  |  | **Unterschrift:** |  |
|       |  |  |       |  |