**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:** |  |
|  |  |  |  |  |