

**Anmeldung für den Früheintritt in die Basisstufe  
für das Schuljahr 2024/25**

***Die Daten werden vertraulich behandelt und sind ausschliesslich für den schulischen Gebrauch bestimmt.***

**Personalien des Kindes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Vorname | |
| Geburtsdatum | * □ Knabe □ Mädchen | |
| Konfession | Heimatort | |
| Muttersprache | Nationalität | |
| Name, Vorname des Vaters | | |
| Name, Vorname der Mutter | | |
| Adresse | | |
| Telefon Privat | | Natel |
| AHV Nr. des Kindes  *Siehe Rückseite Krankenkassenkarte* | | E-Mail Eltern |
| *Nur bei Schuleintritt des 1. Kindes notwendig*  AHV-Nr. der Mutter | | *Nur bei Schuleintritt des 1. Kindes notwendig*  AHV-Nr. des Vaters |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|  |
|  |

Wir melden unser Kind definitiv für die Basisstufe im SJ 2024/25 an

|  |
| --- |
| **Ort, Datum** |
| **Unterschrift Erziehungsberechtigte** |

Wenn Sie in der nächsten Zeit einen Um- oder Wegzug planen, bitten wir Sie dies auf dem Fragebogen zu vermerken.

***Bitte die Rückseite auch ausfüllen.*** **🡪Angaben zur Familie**

|  |  |
| --- | --- |
| Sind Sie alleinerziehend? ja ⬜ | nein ⬜ |
| Beruf des Vaters | Tel. Arbeitsort |
| Beruf der Mutter | Tel. Arbeitsort |
|  |  |
| Geschwister (Vorname, Name) | Jahrgang |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Weitere BetreuerInnen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Vorname | Betreuungstag/Zeit | Adresse | Telefon |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Spielgruppe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spielgruppe besucht | Ja ⬜ | nein ⬜ |
| Eintritt in die BS | August 24 ⬜ oder Februar 25 ⬜ | |

**Fremdsprachige Kinder**

|  |
| --- |
| In der Schweiz seit ....................................  Deutschkenntnisse des Kindes ⬜ keine ⬜ wenige ⬜ gute ⬜ sehr gute  Deutschkenntnisse der Eltern ⬜ keine ⬜ wenige ⬜ gute ⬜ sehr gute |

**Bedarf für Tagesstrukturen**

Unser Kind hat Bedarf an Tagesstrukturen (z.B. Frühbetreuung, Mittagessen, Nachmittagsbetreuung)

|  |  |
| --- | --- |
| Ja ⬜ | nein ⬜ |

**Krankheiten / Allergien / Weiteres**

|  |  |
| --- | --- |
| □ Krankheiten | □ Allergien |
| □ notwendige Medikamente | |
| Weitere Bemerkungen | |

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **bis zum Montag, 15. Januar 2024** an

Schule Luthern, Schulsekretariat, Schulhaus Hofmatt 4, 6156 Luthern.