



Schule Gerlafingen, Schulhausstrasse 27  
Ihre Ansprechperson: Monika Eichenberger  
Tel: 032 674 44 63, E-Mail: monika.eichenberger@gerlafingen.ch

## Anmeldung für den Schulbesuch in Gerlafingen

| Adressdaten                   |  |
|-------------------------------|--|
| Zuzug nach Gerlafingen, Datum |  |
| Adresse in Gerlafingen        |  |
| Zuzug von, Adresse            |  |

| Personalien Kind  |   |
|---|---|
| Name, Vorname   |   |
| Geschlecht  | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich   |
| Geburtsdatum  |   |
| Konfession / Religion   |   |
| Nationalität / Heimort  |   |
| Versicherungsnummer   | 756.  |
| Zuletzt besuchte Klasse   |   |
| Lehrperson, Telefonnummer, E-Mail   |   |
| Muttersprache<br><input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprache<br>welche ..... | Unser Kind spricht Deutsch<br><input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gar nicht  |
| Geschwister<br>Name / Vorname, Geburtsdatum   |   |
| Hat Ihr Kind eine Krankheit oder<br>eine Allergie   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>falls ja welche .....  |
| Besucht/e ihr Kind  | <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Fördermassnahmen <input type="checkbox"/> and. Therapien<br>..... |

| Personalien Mutter             |  |
|--------------------------------|--|
| Name / Vorname                 |  |
| Adresse (falls nicht wie oben) |  |
| Telefon-Nummer, E-Mail-Adresse |  |

| Personalien Vater              |  |
|--------------------------------|--|
| Name / Vorname                 |  |
| Adresse (falls nicht wie oben) |  |
| Telefon-Nummer, E-Mail-Adresse |  |

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern

.....

.....