

ANMELDEFORMULAR FÜR DIE **1. KLASSE**

fürs Schuljahr: _____

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Familiename des Kindes: _____ | | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
| Vorname: _____ | | <input type="checkbox"/> | |
| Wohnadresse, PLZ, Ort: _____ | | | |
| Geboren am: _____ | | Konfession: _____ | |
| Nationalität: _____ (bei Schweizern: zusätzlich Bürgerort und Kanton) | | Sprachen: _____ | |
| AHV-Nummer: _____ | | (siehe Krankenkassenkarte) | |
| Bei Übertritt bitte bisherigen Kindergarten angeben: _____ | | | |
| war bereits bei uns im <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Eltern-Kind Gruppe | | | |

| |
|--|
| Geschwister, die bereits folgende Institutionen bei uns besuchen oder bei uns angemeldet sind (Vorname, Geburtsdatum) |
| <input type="checkbox"/> Schule |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Spielgruppe |
| <input type="checkbox"/> Eltern - Kind Gruppe |
| weitere Geschwister, die nicht an unserer Schule sind (Vorname, Geburtsdatum): |
| |
| |
| |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ein Erstkontaktgespräch an unserer Schule hat bereits stattgefunden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Bitte wenden

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Name, Vorname der Mutter: | | |
| Wohnadresse: | | |
| PLZ / Ort: | sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | nicht sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> |
| Tel. P: | G: | Mobil: |
| E-Mail: | Beruf: | |

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Name, Vorname des Vaters: | | |
| Wohnadresse: | | |
| PLZ / Ort: | sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | nicht sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> |
| Tel. P: | G: | Mobil: |
| E-Mail: | Beruf: | |

| | | |
|--|--|--|
| Name, Vorname der Pflegeeltern/Stiefeltern: | | |
| Wohnadresse: | | |
| PLZ / Ort: | sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> | nicht sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> |
| Tel. P: | G: | Mobil: |
| E-Mail: | Beruf: | |

| | |
|---|---------------|
| Von allen Sorgeberechtigten zu unterschreiben. Die Unterzeichnenden sind einverstanden, dass sich die Steiner Schulen der Region Basel hinsichtlich Übertritten gegenseitig informieren. | |
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
| Bemerkungen: | |
| | |
| | |