



Kindergarteneintritt Schuljahr 2018/2019

Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich weiblich

Strasse

PLZ Ort

Heimatort /
Nationalität

Erstsprache

Konfession

Hausarzt

Zahnarzt

Schulzahnarzt Dr. D. Zürcher

Privatzahnarzt

Geschwister /
Jahrgang

Besondere Bedürfnisse Ihres Kindes / Bemerkungen
(Therapien / Sprachschwierigkeiten / Deutsch etc.)

Mutter

Name

Vorname

Telefon
Privat

Geschäft /
Natel

E-Mail

Adresse (wenn
abweichend)

Vater

Name

Vorname

Telefon
Privat

Geschäft /
Natel

E-Mail

Adresse (wenn
abweichend)

Tagesbetreuung durch Tagesmutter / Tageseltern

Regelmässig ja nein

Name, Adresse und Telefon

Besucht Ihr Kind eine Spielgruppe (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Kein Spielgruppenbesuch 1 mal wöchentlich mehrmals wöchentlich

Erziehungsberechtigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Vater und Mutter gemeinsam Mutter allein Vater allein

DatumUnterschrift.....

Das Formular ist bis spätestens **28. Februar 2018** der Schulverwaltung einzureichen.
Schulverwaltung Bauma, Altlandenbergrasse 2, 8494 Bauma