

SCHULE WÖFLINSWIL

schulhaus huebmet, 5063 wöflinswil
tel. 062 877 13 04
fax 062 877 14 61
e-mail woelflinswil.schulleitung@schulen-aargau.ch
homepage www.schule-woelflinswil.ch



Schulanmeldung

Anmeldung an den Kindergarten die Primarschule

Datum des Eintritts
Bisherige Klasse Stufe
Klassenlehrperson Telefon

Personalien der Schülerin/des Schülers

Name Vorname
Geschlecht w m Geburtsdatum
Erstsprache Zweitsprache
***Falls Erstsprache nicht „Deutsch ist, bitte Rückseite ausfüllen**
Strasse Ort
Telefon Konfession
Heimatort Nationalität
Hausarzt

Wichtige Informationen über Krankheiten, Allergien, Abklärungen und Therapien

.....
.....

Angaben der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters

Vertreter 1 Vertreter 2
Name Name
Vorname Vorname
Natel (vertraulich) Natel
Tel. Gesch. (freiwillig) Tel. Gesch.
E-Mail-Adresse E-Mail-Adresse
Beruf (freiwillig) Beruf
Adresse (nur wenn anders als Kind)
.....

***Fragen zur Sprache (um die nötigen Ressourcen für DaZ, Deutsch als Zweitsprache, zu planen)**

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause?

Vater: Mutter:

Welche Sprache spricht Ihr Kind mit Ihnen?

Vater: Mutter:

Welche Sprache spricht die Person, die Ihr Kind während der Woche hauptsächlich betreut?

Sprache:

Welche Sprache spricht das Kind hauptsächlich, wenn es mit anderen Kindern spielt?

Sprache:

Verwendung von Fotos während der Volksschulzeit in Wölflinswil

Ja, wir sind einverstanden, dass Fotos unseres Kindes während der Kindergarten- und Primarschulzeit verwendet werden (Homepage, Rückblende, schulische Zwecke).

Nein, wir sind nicht einverstanden.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass infolge der integrativen Schulung bei Bedarf schülerrelevante Informationen grundsätzlich an die nächste Klassenlehrperson, Fachlehrperson, Fachperson oder an die schulische Heilpädagogin weitergegeben werden können.

Weitere Bemerkungen

.....
.....
.....

Datum/Ort

Unterschrift der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters

.....