



## Salenstein

## Personalien des Kindes

|                                   |  |                                |  |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Name und Vorname des Kindes       |  |                                |  |
| Geburtsdatum                      |  | Geschlecht                     |  |
| Wohnadresse<br>Strasse<br>PLZ Ort |  | Telefonnummer für Telefonliste |  |
| Wohnhaft in der Schweiz seit      |  |                                |  |
| Konfession/Religion               |  | Nationalität                   |  |
| AHV Nummer                        |  | Bürgerort                      |  |
| Muttersprache                     |  | Deutschkenntnisse              | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine |
| Geschwister Name                  |  | Geburtsdatum                   |  |
|                                   |  |                                |  |
|                                   |  |                                |  |

## Medizinische Informationen

|  |      |   |
|--|------|---|
| Krankheiten, Allergien; Medikamente  |      |   |
| Arzt des Kindes: Name/ Telefonnummer   |      |   |
| Zahnarztwahl (jährliche Kontrolle)   |      |   |
| <input type="checkbox"/> Schulzahnarzt<br>(Swissortho & Kids<br>AG in Kreuzlingen) | oder | <input type="checkbox"/> Privatzahnarzt<br>Keine Kostenübernahme bei Privatzahnarzt.<br><b>Die Verantwortung für die Gesunderhaltung der Zähne liegt bei Privatzahnarztwahl vollumfänglich bei den Eltern.</b><br>Name/Ort Privatzahnarzt |

## Erziehungsberechtigte

|                                   |  |             |  |
|-----------------------------------|--|-------------|--|
| Name/Vorname Mutter               |  |             |  |
| Wohnadresse<br>Strasse<br>PLZ Ort |  |             |  |
| Telefonnummer privat              |  | Handynummer |  |
| Telefonnummer Geschäft            |  | Beruf       |  |
| Mail Adresse privat               |  | Arbeitgeber |  |

|                                   |  |             |  |
|-----------------------------------|--|-------------|--|
| Name/Vorname Vater                |  |             |  |
| Wohnadresse<br>Strasse<br>PLZ Ort |  |             |  |
| Telefonnummer privat              |  | Handynummer |  |
| Telefonnummer Geschäft            |  | Beruf       |  |
| Mail Adresse privat               |  | Arbeitgeber |  |

|  |                                   |                                 |                                |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Elterliche Sorge   | <input type="checkbox"/> beide    | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| Gesetzliche Vertretung                                   | <input type="checkbox"/> beide    | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
|  | <input type="checkbox"/> Beistand | Kontaktangaben:                 |                                |
| Tageseltern, Kinderhort, Betreuungszeiten, Telefon, usw: |                                   |                                 |                                |

## Nur bei Zuzug ausfüllen

### Wohnort (nur bei Adressänderung / Zuzug)

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Bisherige Wohnadresse bis           | Neue Wohnadresse ab                 |
| Strasse<br>PLZ Ort<br>Telefonnummer | Strasse<br>PLZ Ort<br>Telefonnummer |

### Bisheriger Schulort

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Name und Adresse der bisherigen Schule | Zuletzt besuchte Klasse _____ |
| Name Klassenlehrperson                 | Telefonnummer                 |
| E-Mail Klassenlehrperson               | E-Mail Schulleitung           |

Ort / Datum .....

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

.....  
 .....