

ANMELDUNG für die
HEILPÄDAGOGISCHE SCHULE WOHLLEN

Per: _____

Name und Vorname: _____

Geschlecht: w m

AHV-Nr. (gemäss Schweiz. Krankenversicherungsgesetz): _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort/Nationalität – Muttersprache: _____ / _____

Konfession: _____

Vorname/Name ges. Vertreter/in: _____

Vorname/ehemaliger (lediger) Name Mutter: _____

Beruf des Vaters: _____

Beruf der Mutter: _____

Adresse der Eltern: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Natel: _____

Anzahl Kinder in der Familie: _____

Namen der Geschwister: _____

Jahrgang: _____

Jahrgang: _____

Jahrgang: _____

Jahrgang: _____

Welche Krankheiten hat ihr Kind durchgemacht?

Chronische Krankheiten?

ja nein

Wenn ja, welche?

- Epilepsie
- Schwerhörigkeit
- Sehschwäche
- Asthma
- Allergien
- andere _____

Regelmässige Einnahme von Medikamenten?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist ihr Kind in einer regelmässigen ärztlichen Kontrolle?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

Name und Adresse des Hausarztes:

Wurde ihr Kind durch einen Spezialarzt (Ohren-, Augenarzt, Neurologe,) untersucht?

ja nein

Wenn ja, wo und wann?

Wann bemerkten Sie, dass sich ihr Kind nicht wie andere Kinder entwickelt?

Beratung durch den heilpädagogischen Dienst?

ja nein

Wenn ja, wo?

Hat Ihr Kind schon eine Schule besucht?

ja nein

Wenn ja, welche Schule und Klasse?

Besucht das Kind bereits Therapien?

ja nein

Wenn ja, welche, wo und seit wann?

Wir haben von den beigefügten Anmeldebedingungen Kenntnis genommen:

Ort, Datum

Unterschriften

Bemerkungen

Ihre Auskünfte werden vertraulich behandelt nachdem wir zuerst um Ihre Zustimmung bitten, bevor wir gegebenenfalls bei hier aufgeführten Personen oder Institutionen weitere Auskünfte einholen.