



## Schüler-Aufnahmebogen 2020/2021 VS Forchtenstein

**Bitte leserlich (Blockschrift) und vollständig ausfüllen!**

Vorname:	
Familienname:	

Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsland:	Staatsbürgerschaft:
Erstsprache:	Zweitsprache:
Religionsbekenntnis:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Sozialversicherungsnummer des Kindes:	Notfallnummer:
---------------------------------------	----------------

Wohnadresse des Kindes:
-------------------------

<b>Name der Mutter:</b>	<b>Name des Vaters:</b>
Geboren am:	Geboren am:
Beruf:	Beruf:
Wohnadresse:	Wohnadresse:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
E-Mail- Adresse:	E-Mail- Adresse:

Erziehungsberechtigt:

Vormund laut Bescheid:

benützt öffentlichen Verkehr:	<input type="radio"/>
benützt Ortslinie (Schreiner Reisen):	<input type="radio"/>
Geschwisterkind an der Schule:	<input type="radio"/> ja      Anzahl:
AlleinerzieherIn:	<input type="radio"/>
beide Eltern sind berufstätig:	<input type="radio"/>
besucht die Frühbetreuung:	<input type="radio"/>
besucht die Nachmittagsbetreuung:	<input type="radio"/>

Besuch des Kindergartens (in Jahren):	
Welcher Kindergarten, falls nicht in Forchtenstein?	
Besuch des Sprachförderkurs?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein      Dauer:
Wurde bzw. wird Ihr Kind besonders betreut?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ansuchen um vorzeitige Aufnahme in die Volksschule?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geht ihr Kind gerne in den Kindergarten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Geht ihr Kind regelmäßig in den Kindergarten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wunsch – Freund (maximal 2):	

Impfungen: Jahreszahl einsetzen!

Pocken:	Polio 1:	Hepatitis:	Polio-Auffr.:
BCG- Impfung:	Polio 2:	FSME-1	FSME-Auffr.:
Di-Tet-Pert:	MaMu:	FSME-2:	Tet-Auffr.:
Di-Tet-Pert:	Polio 3:	FSME-3	
Di-Tet-Pert:	Di-Tet-Auffr.:	Röteln:	

Kinderkrankheiten:		
Operationen, Unfälle, frühere Erkrankungen:		
Leidet Ihr Kind unter Allergien? Wenn ja unter welcher/welchen?		
Leidet ihr Kind an Erkrankungen, über die wir Bescheid wissen sollten bzw. gibt es etwas Besonderes? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sehkraft:		
BrillenträgerIn: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Gehör:		
Hörgerät: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sonstige Sinnesbeeinträchtigung ( Geschmackssinn, Geruchsinn...): <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wenn ja, unter welche?		
Logopädische Betreuung:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wo:

Sonstige therapeutische Betreuung?	O ja	O nein
	Welche?	
	Wo?	

Gibt es vorliegende Befunde oder Gutachten?	O ja	O nein
Gewicht:	Größe:	
Händigkeit: O links                      O rechts		
Hausarzt:	Krankenkasse des Kindes:	

Versicherungsnummer des Kindes:
Versicherungsnummer des Erziehungsberechtigten und Versicherungsanstalt:

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten