



Personalien Schulkind		Eintritt
Eintrittsdatum:		Klasse:
Name:		Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Geschwister, Jg, w/m:
Geburtsdatum:		
Strasse:		PLZ / Ort:
Erstsprache:		Bürgerort/Land:
Konfession:		Umgangssprache:
Allergien / Krankheiten:		
Benötigt das Kind Medikamente?		
(Wenn ja, welche? Datum)		
Bemerkungen:		
Erziehungsberechtigte (Mutter)		
Name:		Vorname:
Beruf:		Telefon: mobile:
Strasse:		PLZ / Ort:
Im Notfall erreichbar:		
Erziehungsberechtigte (Vater)		
Name:		Vorname:
Beruf:		Telefon: mobile:
Strasse:		PLZ / Ort:
Im Notfall erreichbar:		



Abgebende Schulgemeinde:
Lehrperson:
Kontakt:
Klasse:
Austrittsdatum:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:

Schulhaus Dozwil
Schulleitung
Uttwilerstrasse 9
8582 Dozwil

Bitte leer lassen.

Eintritt in Klasse:
Lehrperson:
Eintrittsdatum: