**Anmeldung** **für Kinder aus dem Asyl- und Flüchtlingsbereich**

**Schulstufe**

[ ]  Kindergarten

[ ]  Primarschule

[ ]  Oberstufe

**Schülerin, Schüler**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|       |  |       |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |
|       |  | [ ]  männlich | [ ]  weiblich |
| Adresse |  |  |
|        |
| PLZ, Wohnort |  | Asylstatus |
|        |  |       |
| Nationalität |  | In der Schweiz seit |
|        |  |       |
| Religionszugehörigkeit |  | Ethnische Zugehörigkeit |
|        |  |       |

**Erziehungsberechtigte Person, Personen** **[ ]** Vater [ ]  Mutter

 [ ]  ältere Geschwister [ ]  Verwandte

 [ ]  Beiständin / Beistand [ ]  andere

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|       |  |       |
| Adresse, Wohnort |  | Telefon |
|       |  |       |

**Ansprechperson im Alltag [ ]** Vater [ ]  Mutter

 [ ]  ältere Geschwister [ ]  Verwandte

 [ ]  Beiständin / Beistand [ ]  andere

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|       |  |       |
| Adresse, Wohnort |  | Telefon |
|       |  |       |
| E-Mail |  |  |
|       |

**Beiständin, Beistand oder Ansprechperson Soziale Dienste Asyl**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|       |  |       |
| Adresse, Wohnort |  |  |
|       |
| Telefon |  |  |
|       |  |  |
| E-Mail |  |  |
|       |

**Geschwister**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jahrgang | Geschlecht | Aufenthaltsort |
| 1.       | [ ]  männlich [ ]  weiblich | 1.       |
| 2.       | [ ]  männlich [ ]  weiblich | 2.       |
| 3.       | [ ]  männlich [ ]  weiblich | 3.       |
| 4.       | [ ]  männlich [ ]  weiblich | 4.       |

**Vorbildung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erstsprache |  | Weitere Sprachen |
|       |  |       |
| Bisheriger Schulbesuch: Wann (Zeitdauer) und wo?  |  | Erst-Alphabetisierung |
|        |  | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |  | Alphabetisierung in lateinischer Schrift |
|  |  | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Name Durchgangszentrum, Erstaufnahme |  |  |
|       |
| Abklärung durch den Schulpsychologischen Dienst  |  | Therapie durch die gemeindlichen Schuldienste |
| [ ]  ja | [ ]  nein |  | [ ]  Logopädie | [ ]  Psychomotorik |

**Besondere Hinweise / Beilagen**

|  |
| --- |
|        |

**Unterschrift (zuweisende Person)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|       |  |       |
| Telefon |  |  |
|       |  |  |
| E-Mail |  |  |
|       |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|       |  |  |

Bei Schülerinnen und Schülern mit Wohnsitz in einer Gemeinde ist eine Kopie des ausgefüllten Formulars an das Rektorat der Wohngemeinde zu senden.