

Anmeldung Kindergarten / Schule bei Zuzug

Angaben zum Kind			
Name			
Vorname(n)			
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich	Geb. Datum	
Nationalität / Heimatort			
AHV-Nr.	756.		
Muttersprache(n)			
Deutschkenntnisse	☐ keine ☐ wenig ☐ gut ☐ fliessend		
Konfession / Religion			
aktuelle Schule / Kindergarten			
aktuelle Lehrperson			
Telefon Lehrperson		Klasse	

Adresse	
Adresse in Zuchwil	, 4528 Zuchwil
Adresse gültig ab	
aktuelle Adresse	

Angaben Erziehungsberechtigte	
Sorgerecht	☐ Mutter & Vater ☐ Mutter alleinerziehend ☐ Vater alleinerziehend
Name, Vorname Mutter	
E-Mail Mutter	
Telefon Mutter	
Adresse Mutter (falls abweichend vom Kind)	
Name, Vorname Vater	
E-Mail Vater	
Telefon Vater	
Adresse Vater (falls abweichend vom Kind)	

Besonderes / Bemerkungen

(Massnahmen Spezielle Förderung, Logopädie, Krankheiten, Medikamente, Allergien)

Vereinbarung Veröffentlichen von Bild- und/oder Tonaufnahmen

☐ **Ja**, unser Kind und wir sind einverstanden, dass Bilder, Texte, Fotos usw. von unserem Kind ohne Namen im schulischen Zusammenhang veröffentlicht werden können.

☐ **Nein**, unser Kind und wir sind nicht einverstanden, dass Bilder, Texte, Fotos usw. von unserem Kind im schulischen Zusammenhang veröffentlicht werden.

Schulzahnpflege Zuchwil

☐ **Wir wählen für unser Kind folgenden Schulzahnarzt:**

	Praxis	Adresse	Ort	Telefon
☐	Praxis Dr. Maienfisch AG	Hauptstrasse 50	4528 Zuchwil	032 685 52 23
☐	EuerZahnarzt.ch	Hauptstrasse 48	4528 Zuchwil	032 373 48 48
☐	zahn24arzt	Langfeldstrasse 24	4528 Zuchwil	032 685 24 24
☐	zahnarztzentrum.ch	Hauptbahnhofstrasse 12	4500 Solothurn	032 625 51 00
☐	Dr. Dieter Probst	Hauptstrasse 18	4552 Derendingen	032 682 20 37

☐ **Wir wählen für unser Kind folgenden Privatzahnarzt** und verzichten auf die Übernahme der Kosten für die jährliche Kontrolluntersuchung durch die Gemeinde:

Name des Privatzahnarztes: _____

Adresse des Privatzahnarztes: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____