



Schulwechsel

<input type="checkbox"/> Eintritt		<input type="checkbox"/> Austritt	
Name			
Vorname			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum	AHV-Nr.		
Klasse	Schuleintritt:		
Strasse, PLZ Ort			
Telefon	Privat	Natel	
Neue Adresse			gültig ab:
Konfession	<input type="checkbox"/> ref.	<input type="checkbox"/> kath.	<input type="checkbox"/> andere
Vorname Eltern			
Name Eltern			
Heimatort Kind			
Schulzahnarzt			
Besucher Zusatzunterricht			
Besonderes			
Für weitere Fragen			
Ein-/Aus-/Übertritt von resp. nach			gültig ab:

Daten aufgenommen		Lehrkraft informiert	
-------------------	--	----------------------	--

Beilagen:

Zeugnis letzter Lernbericht Ärztl. Schülerkarte Schulzahnpflegekarte

Übertrittsprotokoll Kopie Archivkarte Bericht