



Schulwechsel Eintritt

Personalien Kind

Vorname AHV-Nr.
 Name Geschlecht
 Strasse/Nr. Geburtsdatum
 PLZ/Ort Nationalität
 Telefon P Heimatort
 E-Mail P Erstsprache
 Konfession ref. kath. **andere:** Asylstatus F N B-Aufenthalt

Neue Adresse gültig ab

Strasse/Nr. Telefon P
 PLZ/Ort E-Mail P

Erziehungsberechtigte

Mutter	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	Vater	<input type="checkbox"/> alleinerziehend
Anrede		Anrede	
Vorname		Vorname	
Name		Name	
Strasse/Nr.		Strasse/Nr.	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	
Telefon P		Telefon P	
Telefon N		Telefon N	
E-Mail		E-Mail	

Diverse Angaben

Ein-/Übertritt von Schule gültig ab
 Klasse neuen Ort
 Schulzahnarzt wir wünschen eigenen Zahnarzt (Selbstzahler):
Adela Simon Lotzwil
 Besonderes
 Jetzige Klassenlehrkraft

Beilagen (von Volksschule Lotzwil auszufüllen)

Beurteilung Übertrittsprotokoll Ärztl. Schülerkarte

Kopie Archivkarte div. Berichte Schulzahnpflegekarte

Schule Lotzwil neue Lehrkraft: Informiert Ja

Daten aufgenommen Lehreroffice Klasse Zahnarzt Teams Klassenliste FM KLAPP
 Klasse: Datum: