



Schulwechsel EINTRITT

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

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

Beilagen beiliegend/erhalten:

- Beurteilung letzter Lernbericht Ärztl. Schülerkarte Schulzahnpflegekarte
 Übertrittsprotokoll Kopie Archivkarte Bericht