



Lehrperson/Klasse (frei lassen)		
Name		
Vorname		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Geburtsdatum		
Bürgerort		
Nationalität		
Religion		
Muttersprache		
Spricht Ihr Kind deutsch?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein
Versteht Ihr Kind deutsch?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein
Name Erziehungsberechtigte		
Beruf Erziehungsberechtigte		
Name Erziehungsberechtigter		
Beruf Erziehungsberechtigter		
Geschwister	Name	Geburtsdatum
	.....	.....
	.....	.....
Adresse: Strasse		
PLZ, Ort		
Telefon		
Natel		
Notfallnummer		
Eintritt Kindergarten		
Bemerkungen: Allergien, benötigte Medikamente, schwere Krankheiten/Unfälle, Einschränkungen usw.		..... ..... .....

Bitte senden an: **Primarschule Pfyn, Schulleitung, Städtli 1a, 8505 Pfyn**

Datum

Unterschrift

.....

.....