

# Aufnahme-Stammdaten

Schule Friedheim - Friedheimstr. 14 - 8608 Bubikon  
Tel 055 / 253 60 20 - Fax 055 / 253 60 25 - info@friedheim.ch



## Personalien

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Natel-Nummer: .....  
Adresse: .....  
Heimatort: .....  
Nationalität: .....  
Aufenthaltsstatus: .....  
(Bitte Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen.)  
Geburtsort: .....

neue AHV-Nr.: .....  
Konfession: .....  
  
wohnhaft bei:  
 Eltern  Vater und Stiefmutter  
 Mutter  Grosseltern  
 Mutter und Freund  Pflegeeltern  
 Mutter und Stiefvater  Adoptiveltern  
 Vater  Institution  
 Vater und Freundin  andere:

## Leiblicher Vater

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Beruf: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Adresse: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. Geschäft: .....  
Natel: .....  
E-Mail: .....  
Zivilstand: .....

## Leibliche Mutter

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Beruf: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Adresse: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. Geschäft: .....  
Natel: .....  
E-Mail: .....  
Zivilstand: .....

- Adoptiv-  Stief-  Pflege- (elternteil)  
 Lebenspartner-/in von Mutter/Vater

## Inhaber der elterlichen Sorge/Vormund

Name: .....  
Vorname: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Adresse: .....  
Geburtsdatum: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. Gesch.: .....  
Zivilstand: .....  
Beruf: .....

Name: .....  
Vorname: .....  
PLZ/Wohnort: .....  
Adresse: .....  
Geburtsdatum: .....  
Tel. privat: .....  
Tel. Gesch.: .....  
Zivilstand: .....  
Beruf: .....



---

## Gesundheitsstatus

### Durchgemachte Krankheiten:

- |                                      |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Blatern     | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen      | <input type="checkbox"/> Verletzungen Wirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Scharlach   | <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen     | <input type="checkbox"/> Hautausschläge    | <input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit auf: |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Angina      | <input type="checkbox"/> Herzleiden          | <input type="checkbox"/> Knochenleiden     | .....   |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Augenleiden | <input type="checkbox"/> Epilepsie           | <input type="checkbox"/> Gelenkleiden      | .....   |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Ohrenleiden | <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Hüft-, Fussleiden | <input type="checkbox"/> anderes: .....           |

### aktuelle Krankheiten, Verletzungen etc.:

zur Zeit in ärztlicher Behandlung weil:

momentane medikamentöse Behandlung:

durchgeführte Impfungen gegen  
(bitte Kopie des Impfausweises beilegen):

- |                          |       |                          |       |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <input type="checkbox"/> | ..... | <input type="checkbox"/> | ..... |

---

Verantwortung der Zahnkontrolle und  
Zahnbehandlung:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> wird von den Eltern<br>übernommen | <input type="checkbox"/> wird dem Friedheim delegiert (Kostengutsprache von<br>ca. Fr. 50.-- / Jahr wird mit der Unterschrift des Zuweisers<br>auf der letzten Seite dieses Formulars geleistet) |
|--|--|

---

## Ärzte/Psychologen

### Arzt/Ärztin

|       |          |       |          |           |
|-------|----------|-------|----------|-----------|
| Name: | Vorname: | Ort:  | Adresse: | Tel.-Nr.: |
| ..... | .....    | ..... | .....    | .....     |

### Psychologe/Psychologin

|       |          |       |          |           |
|-------|----------|-------|----------|-----------|
| Name: | Vorname: | Ort:  | Adresse: | Tel.-Nr.: |
| ..... | .....    | ..... | .....    | .....     |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abklärungsbericht liegt bei | <input type="checkbox"/> Abklärungsbericht folgt |
|--|--|

---

## Zuweisende Stelle

Firma:

|       |          |       |          |
|-------|----------|-------|----------|
| Name: | Vorname: | Ort:  | Adresse: |
| ..... | .....    | ..... | .....    |

|           |         |
|-----------|---------|
| Tel.-Nr.: | E-mail: |
| .....     | .....   |

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> freiwillige Beistandschaft | <input type="checkbox"/> gesetzliche<br>Beistandschaft<br>gem. ZGB Art.: | <input type="checkbox"/> 308.1<br><input type="checkbox"/> 308.2<br><input type="checkbox"/> 308.3 | <input type="checkbox"/> gesetzliche Vormundschaft gem. ZGB<br>Art. 368 |
|---|--|--|---|

---

## Finanzierung

Kostengutsprache beim AJB

Ja

Nein

beantragt:

wird beantragt bis:

\_\_\_\_\_

Rechnungstellung erfolgt an:

Stelle:

Name:

Vorname:

Ort:

Adresse:

.....

Nebenkosten (Taschengeld, SBB-Billette, Telefongebühren von max. Fr. \_\_\_\_/Monat etc.) verrechnen an:

obige Adresse

Eltern

andere: \_\_\_\_\_

---

## Versicherung

Krankenversicherung (obligatorisch)

Name:

Adresse:

Ort:

Tel.-Nr.:

Policennummer:

.....

Unfallversicherung (obligatorisch)

Name:

Adresse:

Ort:

Tel.-Nr.:

Policennummer:

.....

Haftpflichtversicherung (obligatorisch)

Name:

Adresse:

Ort:

Tel.-Nr.:

Policennummer:

---

## Diverses

Veröffentlichung von Fotos

Wir nehmen zur Kenntnis, dass Fotos von unserem Kind für Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden.

---

## Beilagenverzeichnis

Schulzeugnis

psychologischer Bericht

.....

.....

Schulbericht

.....

.....

.....

Ort:

Datum:

InhaberIn der elterlichen Sorge:

Zuweisende Stelle:

.....