



Schule Bettenhausen-Ochlenberg-Thörigen

Dorfstrasse 20
3366 Bettenhausen
062 961 28 71
www.schule-bot.ch

Anmeldeformular für die Schuleingangsstufe 2023/2024

➡ Bitte Formular mit **blauem** Kugelschreiber ausfüllen

Personalien der Schülerin oder des Schülers:

Name:	Vorname(n):
Strasse, Nr:	PLZ: Ort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Erstsprache (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere:	Staatsangehörigkeit:
AHV-Nummer:	Heimatort:

Personalien der gesetzlichen Vertretung der Schülerin oder des Schülers:

Name Mutter:	Name Vater:
Vorname Mutter:	Vorname Vater:
Telefon-Nr.:	Telefon-Nr.:
Mobile-Nr.:	Mobile-Nr.:
E-Mail:	E-Mail:
Familiensprache:	Familiensprache:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Beruf:	Beruf:

Falls Adresse nicht identisch mit Schülerin oder Schüler:

Strasse, Nr.:	Strasse, Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:

Erziehungsberechtigt (bitte ankreuzen**):** Mutter Vater beide

Geschwister:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Freiwillige Angaben über besondere Familienverhältnisse:

Angaben zur Anmeldung (**bitte ankreuzen**):

Unser Kind

- wird am 14.08.2023 in die Schule (Basisstufe 1) eintreten
- besucht im ersten Jahr das volle Pensum (6 Halbtage)
- besucht im ersten Jahr das reduzierte Pensum (4 Halbtage)
- wird 1 Jahr später in die Schule (Basisstufe 1) eintreten (Entscheid Befugnis Eltern)
- wird nicht in die Schule Bettenhausen-Ochlenberg-Thörigen eintreten (Umzug, anderweitige Schulung etc.)

Anderweitige Schulung: _____

Fremdbetreuung am (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
Name:				
Strasse:				
Ort:				
Telefonnummer:				

Bekannte Allergien, Krankheiten:

Gesundheitsvorsorge (bitte ankreuzen):

Schularzt Dr. Markus Frey, Herzogenbuchsee

oder

privater Hausarzt :

Name:	
Ort:	
Telefonnummer:	

Schulzahnarzt (bitte ankreuzen):

Alle Schulzahnärzte mit Praxis in Herzogenbuchsee

<input type="checkbox"/> Dr. Aeschbacher	<input type="checkbox"/> Dr. Fässler	<input type="checkbox"/> Dr. Nikitovic	<input type="checkbox"/> N-Dent (Nygren/Neuhaus)	<input type="checkbox"/> Dr. Rüegg
---	---	---	---	---

oder

privater Zahnarzt:

Name:	
Ort:	

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Datenschutz

Veröffentlichung von Bildmaterial an unserer Schule

Zur Illustration von Schulveranstaltungen (Schulreisen, Lagerwochen, Exkursionen, Ausstellungen, usw.) veröffentlichen wir auf unserer Homepage oder in den Medien (z.B. Tageszeitungen) Bildmaterial, auf denen Ihre Tochter / Ihr Sohn eventuell zu sehen ist. Aus Gründen des Persönlichkeits- und Datenschutzes benötigen wir dazu Ihre Zustimmung.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Wir sind mit der Veröffentlichung von Bildmaterial (ohne Namensangabe) unserer Tochter/unsere Sohnes **einverstanden**

Wir wünschen **keine Veröffentlichung** von Bildmaterial unserer Tochter/unsere Sohnes