

Kind

Name und Vorname

Geburtsdatum Mädchen Junge

Strasse

Postleitzahl Ort

Telefon

Heimatort Land

Muttersprache Konfession

Eltern

Name und Vorname der Mutter:

Beruf:

Name und Vorname des Vaters:

Beruf:

Elterliche Sorge: beide Elternteile / nur der Vater / nur die Mutter

evtl. Tageseltern (Name, Ort, Tel.):.....

Geschwister

Vorname	Jahrgang
.....
.....
.....
.....

Arzt / Zahnarzt

Gewünschter Zahnarzt: Dr. Aeschbacher, Dr. Christen, Dr. Nygren, Dr. Stampfli,
 Dr. Rüegg, Dr. Nikitovic, anderer Zahnarzt
(Name + Ort:.....)

Die Schulärztliche Untersuchung im Kindergarten ist erfolgt: ja → Arzt: _____ / nein

Bemerkungen / gesundheitliche Probleme...

.....
.....

Ort und Datum: Unterschrift:

Einsenden an: Sekretariat der Schulkommission Ober- und Niederönz, Schulhausstr. 1, 3362 Niederönz