

Mutationsmeldung	Zuzug
------------------	-------

1. Schüler ☐ **Schülerin** ☐

Name und Vorname

Geburtsdatum

Nationalität / Muttersprache

Heimatort / Konfession

AHV-Nr. SchülerIn (s. Krankenkassenkärtli)

Aufenthaltsstatus (bei Ausländer)

Welche Sprache spricht Ihr Kind zu Hause

Benötigt es DaZ (Deutsch als Zweitsprache)

Ja ☐Nein ☐**2. Erziehungsberechtigte**Vater ☐ Mutter ☐ Beide ☐ Andere ☐

Name und Vorname (M)

Telefon / Mail (M)

AHV-Nr. (M)

Name und Vorname (V)

Telefon / Mail (V)

AHV-Nr. (V)

Bisherige Adresse / PLZ Ort

Neue Adresse (gültig ab)

Falls die Eltern nicht mehr zusammen-

leben bitte beide Adressen angeben:

3. Zuletzt besuchte Schule

Klasse / Schulhaus

Lehrperson

Telefon / Mail Lehrperson

Datum des Austritts

4. Informationsaustausch

Eltern/Erziehungsberechtigte sind damit

Ja

Nein

einverstanden, dass die neue Schule

☐☐

bezüglich schulrelevanter Informationen

mit den ehemaligen Lehrpersonen/Schulleitung

Kontakt aufnehmen darf.

5. Schulzahnpflege

Mein Kind besucht die obligatorische Zahnkontrolle

Schulzahnarzt

Privatzahnarzt

beim Schulzahnarzt (gratis) oder beim Privatzahnarzt

☐☐

(Eltern zahlen die Kontrolle selbst)

6. Bemerkungen (z.B. Therapien,

Krankheiten, Allergien etc.)

bei Postversand: Datum/Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular

via Mail an: sekretariat@schule-beromuenster.ch oder

via Post an: Schule Beromünster, St. Michael II, Schuelgass 1, 6215 Beromünster