



Anmeldeformular Schule Adelboden

Kind

Name		Hausarzt: <input type="checkbox"/> Dr. König
Vorname		<input type="checkbox"/> anderer:
Adresse		Zahnarzt: <input type="checkbox"/> Dr. Pflug
Heimatort		<input type="checkbox"/> Dr. Germann & Hug
Geburtstag		<input type="checkbox"/> Dr. Wilke
Klasse		<input type="checkbox"/> anderer:
Kindergarten	Kindergartenbesuch gewünscht an:	<input type="checkbox"/> volles Pensum (5 - 7 Halbtage) <input type="checkbox"/> reduziertes Pensum (4 - 5 Halbtage) <input type="checkbox"/> ein Jahr später in Kindergarten
Nur für Schüler:	Kann Ihr Kind schwimmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, ist der Wasser-Sicherheits-Check vorhanden? (ab 4. Kl.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderes (Allergien/Krankheiten...)		

Eltern

Mutter

Vater

Name		
Vorname		
Beruf		
Telefon		
Natel		
E-Mail		
Besonderes		

Geschwister

Vorname / Name	Geburtstag

Datum

Unterschrift