Macintosh HD:Users:peteba:Desktop:sek3_linksb_logo_subline.pdf

Macintosh HD:Users:peteba:Dropbox:Sek3_LEITUNGSTEAM:neues Logo prov.:2.Version:sek3_logo_elemente_1_teilig:sek3_linksb_adresse_schwarz_sek3.pdf

**ANMELDUNG & DATENBLATT**

**EINTRITT SCHULJAHR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 TEILINTEGRATIVE OBERSTUFE  SEPARATIVE OBERSTUFE  WOHNGRUPPE

 1. Ost  2. Ost  2. Ost  andere:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PESONALIEN DER JUGENDLICHEN / DES JUGENDLICHEN** | | | |
|  | | | |
| NAME |  | VORNAME |  |
| STRASSE |  | PLZ, ORT |  |
| TELEFON FESTNETZ |  | MOBILE |  |
| E-MAIL |  | SKYPE |  |
| GESCHLECHT |  männlich  weiblich | RELIGION |  |
| GEBURTSDATUM |  | AHV / IV-NUMMER |  |
| NATIONALITÄT/ HEIMATORT |  | AUFENTHALTSBEWILLIGUNG |  |
| SORGERECHT |  gemeinsam Mutter  Vater  andere (Adresse bitte unter Fachstellen) | | |
| GESCHWISTER |  | | |
| WOHNGRUPPE |  nein 1-2 Nächte  3-4 Nächte | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALIEN ELTERN** | | | |
|  | | | |
| **MUTTER** | | **VATER** | |
| VORNAME NAME |  | VORNAME NAME |  |
| STRASSE |  | STRASSE |  |
| PLZ ORT |  | PLZ ORT |  |
| TELEFON |  | TELEFON |  |
| MOBILE |  | MOBILE |  |
| E-MAIL |  | E-MAIL |  |
| BERUF |  | BERUF |  |
| AHV / SV-Nummer |  | AHV / SV-Nummer |  |
| BEMERKUNGEN |  | BEMERKUNGEN |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HÖRSITUATION UND NÄHERE ANGABEN JUGENDLICHER /JUGENDLICHE** | | | | |
|  | | | | |
| HÖRSTATUS |  keine leichtgradige  mittelgradige  hochgradige  gehörlos  einseitige Hörbehinderung | | | |
| Bitte aktuelles Audiogramm und Arztbericht (ORL) beilegen | | | |
| URSACHE |  | | | |
| HÖRHILFEN |  HG li  HG re  CI li  CI re  keine | | Marke: | bewilligt am: |
| FM-ANLAGE |  nein  ja | Frequenz: | Marke: | bewilligt am: |
| TELEFONSPULE |  nein  ja | | | |
| WEITERE TECHNIK |  | | | |
| KOMMUNIKATION |  Lautsprache  Gebärdensprache  beides | | | |
| SPRACHE |  Sprachentwicklung verzögert  sehr verzögert  eher unauffällig | | | |
| DIAGNOSEN |  | | | |
| THERAPIEN |  | | | |
| ALLERGIEN |  | | | |
| IMPFUNGEN | Der Impfstatus wurde anhand des Impfausweises durch eine ärztliche Fachperson geprüft. Letztmals 20\_\_\_\_ . | | | |
| TETANUSIMPFUNG | Letzte Impfung zwischen dem 11 und 15. Lebensjahr (Empfehlung Bundesamt) fand statt:  ja  noch nicht | | | |
| ESSEN |  darf alles essen  Einschränkung: | | | |
| MEDIKAMENTE |  keine  nimmt regelmässig: | | | |
| SCHWIMMEN | Kann schwimmen (tiefes Gewässer):  ja  nein | | Badeanstalt (Freizeit) ohne Begleitung:  ja  nein | |
| VELOFAHREN | Darf sich selbständig mit dem Velo im Strassenverkehr bewegen:  ja  nein | | | |
| NOTFALL | Darf im Notfall durch uns in eine Klinik oder in eine Hausarzt-Praxis, begleitet werden:  ja  nein | | | |
| KRANKENKASSE |  | | VERSICHERTENNUMMER |  |
| UNFALL | Das Kind ist für Unfall versichert (i.d.R. bei der Krankenkasse):  ja | | | |
| BILLETTE für selbständige Anfahrt |  hat ein GA   hat ein Zonen-Ticket (Zonen/n: \_\_\_\_\_\_ )   anderes: | |  wird durch Eltern organisiert (ist die Regel )   wird ausnahmsweise durch Schule organisiert  \*Allfälliger Kommentar unter Bemerkungen | |
| ZEUGNIS | bisheriges Zeugnis:  Notenzeugnis  Zeugnisbericht  Notenzeugnis mit Berichten ergänzt | | | |
| \*BEMERKUNGEN |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **FACHSTELLEN** | |
|  | |
| Bitte geben Sie Namen, Adresse und Kontaktdaten an, soweit Sie darüber informiert sind | |
| ABGEBENDE SCHULE |  |
| AUDIOPÄDAGOGE |  |
| KLASSENLEHRER |  |
| HEILPÄDAGOGE |  |
| GEBÄRDENSPRACHLEHRER |  |
| SCHULPSYCHOLOGE |  |
| ORL-ARZT / KLINIK |  |
| AKUSTIKER |  |
| KINDER- / HAUSARZT |  |
| THERAPEUT / LOGOPÄDIN |  |
| DOLMETSCHER |  |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KOSTENTRÄGER / BEHÖRDE** (wer bezahlt das Schulgeld) | | | |
|  | | | |
| Wen von der Behörde/Gemeinde oder vom SPD haben Sie über Ihre Besuche an der SEK3 informiert? (z.B. Leitung Sonderpädagogik) | | | |
| ANSPRECHPERSON |  | | |
| ADRESSE |  | | |
| TELEFON |  | E-MAIL |  |
| Wer war am letzten Standortgespräch von Behördenseite / Schulpsychologie dabei?   Schulpsychologe Vertretung Sonderpädagogik  Schulleitung  andere: | | | |

|  |
| --- |
| **WAS UNS/MIR AUCH NOCH WICHTIG IST** |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATUM UND UNTERSCHRIFT** | DATUM | UNTERSCHRIFT ELTERN |