

Schüler*in			
Nachname / Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Adresse			
Heimatort		Ausländerausweis	N <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Erstsprache		Zweitsprache	

Mutter			
Nachname / Vorname			
Adresse			
Email			
Telefon		Mobile	
Erstsprache		Zweitsprache	
Beruf			
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/>		

Vater			
Nachname / Vorname			
Adresse			
Email			
Telefon		Mobile	
Erstsprache		Zweitsprache	
Beruf			
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/>		

Geschwister			
Vorname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsdatum	
Vorname		Geburtsdatum	

Weitere Kontaktperson (z.B. Tagesmutter, Grosseltern usw.)			
Nachname / Vorname inkl. Beziehungsstatus			
Telefon		Mobile	
Betreuungstage	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr

Tagesschule / Kita					
Besucht die Tagesschule	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr
Besucht die Kita	<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr

Krankenkasse			
Name der Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Allergien (Fluor, Heuschnupfen usw.), chronische Krankheiten			
Medikamente, welche regelmässig eingenommen werden:		Dosierung der Medikamente	
Wissenswertes zur Gesundheit des Kindes			
Datenschutz: Mein/Unser Kind darf auf der Homepage, in Zeitungen etc. mit Foto erscheinen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Allgemeine Bemerkungen			

Datum der Änderung 1		Datum der Änderung 2	
Datum der Änderung 3		Datum der Änderung 4	
Datum der Änderung 5		Datum der Änderung 6	

Eintritt / Einschreiben in den Kindergarten KG	
Pensum zum KG-Start	<input type="checkbox"/> Reduziert Mittwochvormittag <input type="checkbox"/> Reduziert Nachmittag
Besuchte Ihr Kind bereits eine Spielgruppe, Kita oder eine ausserfamiliäre Betreuungsform?	
Hat Ihr Kind bereits Spezialunterricht, eine Therapie oder sonstige Begleitung?	
Tritt Ihr Kind nun ein Jahr später in den Kindergarten ein? (Rückstellung im vergangenen Jahr)	

Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 3./4. Klasse	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 5. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 6. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 6. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Skilager/Polysportwoche 7. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Landschulwoche 8. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____

<b>Kontrolle Personal- und Notfallblatt vor Abschlussreise 9. Klasse</b>	
Ich habe/Wir haben das Personal- und Notfallblatt kontrolliert.	<input type="checkbox"/> Es waren keine Änderungen nötig. Alles ist korrekt. <input type="checkbox"/> Ich habe/Wir haben Änderungen farbig eingetragen.
Nimmt Ihr Kind während der Spezialwoche Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, selbständig. <input type="checkbox"/> Ja, nicht selbständig.  Medikament/e:   Dosierung:
Datum:	Unterschrift/en: _____