

**ZUZUGSMELDUNG per:**

Neue Adresse:
Zuzug von (ganze Adresse):

PERSONALIEN KIND

Name	Geburtsdatum
Vorname	Versicherungs-Nr. 756.
Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/>	Heimatort
Strasse	Nationalität
PLZ, Ort	Konfession
Erstsprache / Muttersprache <i>Die erste Sprache, die Ihr Kind lernte und am meisten spricht ist:</i>	
Ihr Kind spricht Deutsch (Mundart oder Schriftsprache) <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> gar nicht	
Zuletzt besuchte Klasse	Lehrperson
Schulhaus	Ort

PERSONALIEN ELTERN

Vater:	Mutter:
Name	Name
Vorname	Vorname
Telefon privat	Telefon privat
Telefon Geschäft	Telefon Geschäft
Mobile	Mobile
E-Mail	E-Mail
Telefonnummer für den Klassen-Telefonalarm:	
Erziehungsberechtigt: Beide <input type="checkbox"/> oder nur Vater <input type="checkbox"/> oder nur Mutter <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> Unser Kind benötigt besondere Betreuung oder Rücksichtnahme wegen eines gesundheitlichen Problems oder sonstigen Beschwerden (bitte hier kurz beschreiben):
<input type="checkbox"/> Notfallhinweis (Allergien, etc.):

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift Vater:

Unterschrift Mutter:

Ein Formular pro Kind ausfüllen und an die Schulverwaltung, Alte Landstrasse 76, 8702 Zollikon senden oder an info@schulezollikon.ch