



Anmeldung Tagesschule

- Kindergarten
 Primarstufe
 Oberstufe

Eintritt am _____

Klasse _____

Daten der Schülerin/des Schülers	Adresse der Familie
Name _____	Name _____
Vorname _____	Vorname _____
Geb. Datum _____	Strasse _____
Heimatort _____	PLZ/Ort _____
Konfession _____	① Privat _____
AHV-Nummer _____	① Geschäft M: _____
Muttersprache _____	V: _____
Beruf Vater _____	① Mobile M: _____
Beruf Mutter _____	V: _____
	@ Email M: _____
	V: _____

Telefonnummer für den Klassenalarm _____

Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern _____

Folgende Person ist bei Abwesenheit der Eltern in dringenden Fällen zu kontaktieren	
Name _____	Vorname _____
Adresse _____	
① Privat _____	① Geschäft _____
① Mobile _____	@ Email _____

Besuchte Schulen

Schule	Klasse	Jahr	Lehrperson (Name & Telefon)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Fremdsprachenkenntnisse

Sprache	Dauer
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Versicherungen (Unfall- & Haftpflichtversicherung):

Keine Deckung durch das IWW. Wir empfehlen Ihnen, mit Ihrer Krankenkasse (ev. Unfallversicherung) Kontakt aufzunehmen, um die Deckung Ihrer Tochter / Ihres Sohnes zu prüfen.

Ich verpflichte mich, das Schulgeld nach dem folgenden Modus im Voraus zu bezahlen:

- Semesterweise** auf den 1. August (für das Wintersemester)
 auf den 1. Februar (für das Sommersemester)
- Quartalsweise** auf den 1. August und 1. November (für das Wintersemester)
 auf den 1. Februar und 1. Mai (für das Sommersemester)
- Monatlich** jeweils auf den 1. des Monats, (in 12 gleichen Raten / Zuschlag 5 %)
 erstmals auf den 1. August

Gerichtsstand: Wetzikon

Wir sind mit den Bestimmungen, die im Stufenbeschrieb und im Beiblatt "Schulgelder" enthalten sind, einverstanden. Insbesondere anerkennen wir ausdrücklich die Kündigungsklausel. Die Bestimmungen der Schul- & Hausordnung haben wir mit unserem Kind besprochen und sind damit einverstanden. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen haben wir erhalten und sind mit diesen einverstanden.

Unterschrift der Mutter **und** des Vaters
oder des gesetzlichen Vertreters

Ort/Datum _____

Bestätigung IWW AG

Wetzikon, _____

Abteilungsleiter/in

G. Schäfer, kfm. Leiter

S. Idehen, Schulleiterin

Datenblatt

Name Schüler/in _____ Vorname Schüler/in _____

Zuständiger Schulpsychologischer Dienst _____
(sofern beteiligt)

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

① Geschäft _____ ① Mobile _____ @ Email _____

Vorhandene Abklärungsberichte / Gutachten

Bitte stellen Sie uns die Abklärungsberichte zuhanden der Abteilungsleitung zu. Diese werden vertraulich behandelt.

Datum **Angabe Abklärungsstelle**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ich erlaube der Klassenlehrperson meines Kindes Einsicht in die Abklärungsberichte zu erhalten:

Ja Nein Datum & Unterschrift: _____

Frühere Therapien

Bezeichnung	Von ...bis	Name & Adresse Therapeut/in
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aktuelle Therapien

Bezeichnung	Von ... bis	Name & Adresse Therapeut/in	Zielsetzung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich erlaube der zuständigen Klassenlehrperson nach Bedarf mit oben genannten Therapeuten Kontakt aufzunehmen:

Ja Nein Datum & Unterschrift: _____

Vorhandene Krankheiten / Allergien

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmässig ein:

Medikament

Verschreibender Arzt

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Behandelnder Kinderarzt

Name

Adresse

Telefon

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Folgende Fachleute möchten wir an den Standortgesprächen am IWW dabei haben:

Name

Funktion

Adresse

Telefon

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bemerkungen
