



Passfoto

# Anmeldung Tagesschule

- Kindergarten  
 Primarstufe  
 Oberstufe

Eintritt am \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer für den Klassenalarm \_\_\_\_\_

Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern \_\_\_\_\_

Folgende Person ist bei Abwesenheit der Eltern in dringenden Fällen zu kontaktieren	
Nachname _____	Vorname _____
Adresse _____	
☎ Privat _____	☎ Geschäft _____
☎ Mobile _____	@ E-Mail _____

## 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.**

### Einwilligung zur Verwendung von Fotos / evtl. Videos von Schüler/-innen der IWW AG

An unserer Schule werden bei speziellen Anlässen Fotos (vereinzelt auch Videos) von Schülerinnen und Schülern gemacht. Diese dienen der internen Dokumentation des Schulalltags, zu Erinnerungszwecken (Klassenfoto) und für den Auftritt nach aussen. Um den Eltern, den Besucherinnen und Besuchern sowie der Öffentlichkeit einen Einblick in das Schulgeschehen zu ermöglichen, würden wir einzelne Bilder und evtl. Videos gerne in den Schulzimmern, im Schulhaus, in schulischen Präsentationen oder auf unserer Website [www.iww.ch](http://www.iww.ch) präsentieren. Die Namen der abgebildeten Personen werden dabei nicht publiziert.

Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie als zeitlich unbeschränkt, d.h. auch über das Ende der Schulzugehörigkeit hinaus. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Verweigerung der Einwilligung oder des Widerrufs entstehen Ihnen keine Nachteile.

**Ja, ich willige ein, dass Fotos / evtl. Videos meines Kindes veröffentlicht werden.**

**Nein, ich möchte nicht, dass Fotos / evtl. Videos meines Kindes veröffentlicht werden.**

### Schulgeld

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Semesterweise</b> | auf den 1. August<br>auf den 1. Februar                            | (für das Wintersemester)<br>(für das Sommersemester) |
| <input type="checkbox"/> <b>Quartalsweise</b> | auf den 1. August und 1. November<br>auf den 1. Februar und 1. Mai | (für das Wintersemester)<br>(für das Sommersemester) |
| <input type="checkbox"/> <b>Monatlich</b>     | jeweils auf den 1. des Monats,<br>erstmalig auf den 1. August      | (in 12 gleichen Raten / Zuschlag 5 %)                |

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.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter und des Vaters oder des gesetzlichen Vertreters

### Bestätigung IWW AG

Wetzikon, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Abteilungsleiter/-in

\_\_\_\_\_  
G. Schäfer, kfm. Leiter

\_\_\_\_\_  
S. Idehen, Schulleiterin

# Datenblatt

Nachname Schüler/-in \_\_\_\_\_ Vorname Schüler/-in \_\_\_\_\_

**Zuständiger Schulpsychologischer Dienst** \_\_\_\_\_

(sofern beteiligt)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

☎ Geschäft \_\_\_\_\_ ☎ Mobile \_\_\_\_\_ @ E-Mail \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

## Wunddesinfektion

Grundsätzlich ist es wichtig, dass Wunden zeitnah gereinigt werden. Bei Unfällen mit Schürfwunden, Schnitten etc. verwenden wir Merfenspray, Bebanthenspray oder Creme.

- Ja, wir sind einverstanden, dass die IWW AG Wunddesinfektionen durchführt.
- Nein, wir möchten nicht, dass die IWW AG Wunden desinfiziert.

## 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 / E-Mail

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

## Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_