



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 _____	<input type="checkbox"/> Privat _____
AHV-Nummer <small>(bitte unbedingt angeben)</small> _____	<input type="checkbox"/> Mobile M: _____ V: _____
Muttersprache _____	<input type="checkbox"/> Geschäft M: _____ V: _____
Beruf Vater _____	@ E-Mail M: _____ V: _____
Beruf Mutter _____	

Telefonnummer für den Klassenalarm _____

Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern _____

Folgende Person ist bei Abwesenheit der Eltern in dringenden Fällen zu kontaktieren	
Nachname _____	Vorname _____
Adresse _____	
<input type="checkbox"/> Privat _____	<input type="checkbox"/> Geschäft _____
<input type="checkbox"/> 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 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"/> Semesterweise | auf den 1. August
auf den 1. Februar | (für das Wintersemester)
(für das Sommersemester) |
| <input type="checkbox"/> Quartalsweise | auf den 1. August und 1. November
auf den 1. Februar und 1. Mai | (für das Wintersemester)
(für das Sommersemester) |
| <input type="checkbox"/> Monatlich | jeweils auf den 1. des Monats,
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: _____

Einverständnis für 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.

Einverständnis für die Abgabe von Jod-Tabletten im Fall einer radioaktiven Freisetzung (Vorsorgliche Schutzmassnahme des Bundes)

Bei einem Unfall mit radioaktiver Freisetzung und auf Anweisung der Behörden dürfen Lehr- und Betreuungspersonen Jodtabletten (Kaliumiodid 65 SERB) abgeben. Die Eltern werden anschliessend über die Abgabe informiert. Jodtabletten verhindern die Aufnahme von radioaktivem Jod in die Schilddrüse.

Weitere Informationen finden Sie unter www.jodtabletten.ch / Kontakt Volksschulamt Schulärztlicher Dienst: 043 259 22 60

- Ja, wir sind einverstanden, dass bei einem schweren Kernkraftwerkunfalls Jod-Tabletten abgegeben werden.
- Nein, wir möchten nicht, dass bei einem schweren Kernkraftwerkunfalls Jod-Tabletten abgegeben werden.

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
