



# ANMELDUNG TAGESSCHULE

Eintritt am \_\_\_\_\_  Kindergarten  Primarstufe  Oberstufe Klasse \_\_\_\_\_

Personalien Kind (bitte <u>alle</u> Felder ausfüllen)			
Nachname		Nationalität	
Vorname		Muttersprache	
Geschlecht		Heimatort	
Geb. Datum		Konfession	
AHV-Nr.	<b>756.</b>	Beruf Mutter	
(unbedingt angeben)	(13-stellige Nummer / Krankenkassenkarte)	Beruf Vater	
Mein Kind isst	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch <input type="checkbox"/> kein Fleisch		
Notfallhinweis (Allergien etc.)			

Personalien Eltern / gesetzliche Vertretung			
Mutter		Vater	
Nachname		Nachname	
Vorname		Vorname	
Strasse		Strasse (falls abweichend)	
PLZ / Ort		PLZ/Ort (falls abweichend)	
① Privat		① Privat	
① Mobile		① Mobile	
① Geschäft		① Geschäft	
@ E-Mail		@ E-Mail	
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Beide <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		
Bei abweichenden Adressen:	Korrespondenz <b>an beide</b> Adressen senden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kind wohnhaft bei: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		

Folgende Person ist bei Abwesenheit der Eltern in dringenden Fällen zu kontaktieren			
Nachname		① Privat	
Vorname		① Geschäft	
Strasse		① Mobile	
PLZ/Ort		@ E-Mail	

Besuchte Schulen			
Klasse	Schule	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.**

**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 \_\_\_\_\_

<b>Zuständiger Schulpsychologischer Dienst</b> (sofern beteiligt) _____			
Nachname		① Geschäft	
Vorname		① Mobile	
Strasse		@ E-Mail	
PLZ / Ort			

## Vorhandene Abklärungsberichte / Gutachten

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

Datum	Angabe Abklärungsstelle

## Frühere Therapien

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

## Aktuelle Therapien

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

## Vorhandene Krankheiten / Allergien


## Mein Kind nimmt folgende Medikamente regelmässig ein:

Medikament	Verschreibender Arzt

## Behandelnder Kinderarzt

Name	Adresse	Telefon	E-Mail

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

Name	Funktion	Adresse	Telefon	E-Mail

## EINWILLIGUNGEN

### Kontaktaufnahme Therapeuten

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

Ja

Nein

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Einsicht Abklärungsberichte

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

Ja

Nein

Datum & Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 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 oder Ihrem Kind 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.**

**Nein, ich möchte nicht, dass Fotos / evtl. Videos meines Kindes veröffentlicht werden, ausser Klassenfotos, welche an die Eltern, Schüler/-innen und Schüler der einzelnen Klassen abgegeben werden.**

### 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](http://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.**

**Bemerkungen:**

---

---

---

---