



## Schule Bettenhausen-Ochlenberg-Thörigen

Dorfstrasse 20  
3366 Bettenhausen  
062 961 28 71  
www.schule-bot.ch

# Anmeldeformular für die Schuleingangsstufe 2024/2025

➡ Bitte Formular mit **blauem** Kugelschreiber ausfüllen

### Personalien der Schülerin oder des Schülers:

Name:	Vorname(n):
Strasse, Nr:	PLZ: Ort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:
Erstsprache ( <b>bitte ankreuzen</b> ): <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere:	Staatsangehörigkeit:
AHV-Nummer:	Heimatort:

### Personalien der gesetzlichen Vertretung der Schülerin oder des Schülers:

Name Mutter:	Name Vater:
Vorname Mutter:	Vorname Vater:
Telefon-Nr.:	Telefon-Nr.:
Mobile-Nr.:	Mobile-Nr.:
E-Mail:	E-Mail:
Familiensprache:	Familiensprache:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Beruf:	Beruf:

### Falls Adresse nicht identisch mit Schülerin oder Schüler:

Strasse, Nr.:	Strasse, Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:

**Erziehungsberechtigt (**bitte ankreuzen**):**  Mutter  Vater  beide

### Geschwister:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

### Freiwillige Angaben über besondere Familienverhältnisse:

---

---

### Angaben zur Anmeldung (**bitte ankreuzen**):

Unser Kind...

- wird am 12.08.2024 in die Schule (Basisstufe 1) eintreten
- besucht im ersten Jahr das volle Pensum (6 Halbtage)
- besucht im ersten Jahr das reduzierte Pensum (4 Halbtage)
- wird 1 Jahr später in die Schule (Basisstufe 1) eintreten (Entscheid Befugnis Eltern)
- wird nicht in die Schule Bettenhausen-Ochlenberg-Thörigen eintreten (Umzug, anderweitige Schulung etc.)

Anderweitige Schulung: \_\_\_\_\_

**Fremdbetreuung am (bitte ankreuzen):**

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
Name:				
Strasse:				
Ort:				
Telefonnummer:				

Bekannte Allergien, Krankheiten:

---

---

**Gesundheitsvorsorge (bitte ankreuzen):**

**Schularzt** Dr. Markus Frey, Herzogenbuchsee

oder

**privater Hausarzt :**

Name:	
Ort:	
Telefonnummer:	

**Schulzahnarzt (bitte ankreuzen):**

Alle Schulzahnärzte mit Praxis in Herzogenbuchsee

<input type="checkbox"/> <b>Dr. Aeschbacher</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dr. Fässler</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dr. Nikitovic</b>	<input type="checkbox"/> <b>N-Dent</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dr. Rüegg</b>
---	---	---	--	---

oder

**privater Zahnarzt:**

Name:	
Ort:	

**Datenschutz**

Veröffentlichung von Bildmaterial an unserer Schule

Zur Illustration von Schulveranstaltungen (Schulreisen, Lagerwochen, Exkursionen, Ausstellungen, usw.) könnte möglicherweise Bildmaterial auf unserer Homepage oder Medien (z.B. Tageszeitungen) veröffentlicht werden, auf denen Ihre Tochter / Ihr Sohn eventuell zu sehen ist. Aus Gründen des Persönlichkeits- und Datenschutzes benötigen wir dazu Ihre Zustimmung.

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

Wir sind mit der Veröffentlichung von Bildmaterial (ohne Namensangabe) unserer Tochter/unsere Sohnes **einverstanden**

Wir wünschen **keine Veröffentlichung** von Bildmaterial unserer Tochter/unsere Sohnes

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------