

Aufnahmeformular

1. Personalien des Kindes

Name/Vorname:			
Geburtsdatum:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>		
Heimatort:	Gemeinde u. Kanton/bei AusländerInnen: Staatsangehörigkeit u. Geburtsort		
Muttersprache:		Andere Sprachen:	
Adresse:			
AHV/IV-Versichertennummer:		Konfession:	
Krankenkasse:	Unfallversicherung:		
Besteht Beistandschaft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja: Name, Adresse des Beistandes, der Berufsbeistandschaft		
Bei wem lebt das Kind? Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>	Nur ausfüllen falls Andere: Name, Adresse, Telefon/Handynummer		
Wer besitzt das Sorgerecht?	Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere: _____		

2. Personalien der Mutter

Name/Vorname:			
Geburtsdatum:		Beruf:	
Adresse:			
Telefonnummer:		Handynummer:	
Email-Adresse			

3. Personalien des Vaters

Name/Vorname:			
Geburtsdatum:		Beruf:	
Adresse:			
Telefonnummer:		Handynummer:	
Email-Adresse			

4. Geschwister

Name/Vorname:	Geburtsjahr:

5. Informationen zum Kind

Grund für den Eintritt ins Schulheim Les Buissonnets (evtl. Diagnose):			
Kurzporträt: Essen/Trinken/Schlafen/Toilette/ An-Ausziehen/Motorik			
Sozialverhalten:			
Medikamente:	Welche?	Wofür?	
Allergien: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche?		
Diäten: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche?		
Hört das Kind gut? Hörgerät?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sieht das Kind gut? BrillenträgerIn?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Rollstuhl?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

6. Allgemeine Informationen

Hausarzt:	Name, Vorname, vollständige Adresse	Tel.-Nr.
Andere Ärzte:	Spezialgebiet, Name, Vorname, vollständige Adresse	Tel.-Nr.
Zahnarzt:	Name, Vorname, vollständige Adresse	Tel.-Nr.
Frühberatungsdienst:	Name, Vorname, vollständige Adresse der heilpädagogischen Früherzieherin	Tel.-Nr.
Derzeit besuchte Schule/Institution:	Bezeichnung und Adresse der Schule/Institution, Name der Lehrperson	Tel.-Nr.
I-HSU - Lehrperson	Name, Vorname, vollständige Adresse der I-HSU - Lehrperson	
Aktuelle Therapien:	Name TherapeutIn, vollständige Adresse	Tel.-Nr.
Logopädie <input type="checkbox"/>		
Psychomotorik <input type="checkbox"/>		
Psychologie <input type="checkbox"/>		
Physiotherapie <input type="checkbox"/>		
Ergotherapie <input type="checkbox"/>		
Andere:		
Wem sollen allgemeine und pädagogische Informationen zugestellt werden?	Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Sind Sie im Kontakt mit Sozialen Diensten? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Falls ja: Bitte Ansprechperson angeben.	

