



**Anmeldungen für den  
obligatorischen Kindergartenbesuch  
Schuljahr 2012/2013**

**Personalien des Kindes**

weiblich     männlich

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Umgangssprache des Kindes**

1. Sprache \_\_\_\_\_

2. Sprache \_\_\_\_\_

**Vertreter**

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Schuljahr 2012/2013**

Kind besucht Privatschule/Institution des Sonderschulbereichs \_\_\_\_\_

Kind zieht in eine andere Gemeinde \_\_\_\_\_

**Schularzt/Schulzahnarzt**

Alle Kinder der Volksschule Stadt Luzern besuchen im Kindergarten, in der 4. und der 8. Klasse gemäss dem kantonalen Gesundheitsgesetz eine ärztliche Untersuchung. Die Zahnkontrolle wird jährlich durchgeführt.

**Zahnkontrolle**

Ich bestätige, dass mein Kind zur obligatorischen jährlichen Zahnkontrolle geht und dass dieser, wenn nötig, eine Behandlung folgt.

- Der jährliche Untersuch soll im Rahmen einer Reihenuntersuchung in der **Kinder- und Jugendzahnklinik Luzern/Schulzahnarzt** stattfinden (ohne Kosten).
- Der jährliche Untersuch findet beim **Privatzahnarzt** statt (Kosten zulasten der Erziehungsberechtigten).

**Arztuntersuch**

Ich bestätige, dass mein Kind zur obligatorischen Arztuntersuchung geht und dass dieser, wenn nötig, eine Behandlung folgt.

- Der Untersuch soll im Rahmen einer Reihenuntersuchung beim von der Schule benannten **Schularzt** stattfinden (ohne Kosten).
- Der Untersuch findet beim **Privatarzt** statt (Kosten zulasten der Erziehungsberechtigten).

**Bemerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

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

Unterschrift \_\_\_\_\_