



## Anmeldung Schulbesuch

Schuljahr 2020/2021

### Personalien des Kindes

Name \_\_\_\_\_

Adresse (neu) \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbewilligung  Ausweis N  Ausweis F

Geschlecht  m  w

Vorname \_\_\_\_\_

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

Konfession \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Erstsprache des Kindes \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bereits einmal die Volksschule Stadt Luzern besucht?  Ja  Nein

### Angaben zum bisherigen Schulbesuch / Lernstand

Schuljahr \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Gemeinde \_\_\_\_\_

Lehrperson \_\_\_\_\_

Schulhaus \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Förderung / Zusatzunterricht (z.B. DaZ, IF usw.) \_\_\_\_\_

Kenntnisse der deutschen Sprache

Ja  Nein

Zeugnis vorhanden (**Kopie beilegen**)

Ja  Nein

### Angaben zu den Eltern / Erziehungsberechtigten

#### Vater

erziehungsberechtigt  Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel./Mobile \_\_\_\_\_

erhält

Korrespondenz  Ja  Nein

Vorname \_\_\_\_\_

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

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

#### Mutter

erziehungsberechtigt  Ja  Nein

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel./Mobile \_\_\_\_\_

erhält

Korrespondenz  Ja  Nein

Vorname \_\_\_\_\_

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

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

### Angaben zum letzten Wohnort

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Zuzug nach Luzern per (Datum) \_\_\_\_\_  
Möglicher Schulstart in Luzern (Datum) \_\_\_\_\_

### Kindesschutzmassnahmen

Beistand     Pflegeeltern     Weitere \_\_\_\_\_

Kontakt \_\_\_\_\_ Tel./Mobile \_\_\_\_\_  
Versorger- \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
gemeinde \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Zahnkontrolle

Ich bestätige, dass mein Kind zur obligatorischen jährlichen Zahnkontrolle geht.

- Der jährliche Untersuch soll bei einem **städtischen Schulzahnarzt** stattfinden  
(Kosten zulasten der Volksschule Stadt Luzern).
- Der jährliche Untersuch findet beim **privaten Zahnarzt** statt  
(Kosten zulasten der Erziehungsberechtigten).

### Arztuntersuch

Für alle Kinder der Volksschule Stadt Luzern erfolgt im Kindergarten, in der 4. und der 8. Klasse gemäss dem kantonalen Gesundheitsgesetz eine ärztliche Untersuchung.

Ich bestätige, dass mein Kind zur obligatorischen Arztuntersuchung geht.

- Der Untersuch soll im Rahmen einer Reihenuntersuchung beim von der Schule benannten **Schularzt** stattfinden (Kosten zulasten der Volksschule Stadt Luzern).
- Der Untersuch findet beim **privaten Arzt** statt (Kosten zulasten der Erziehungsberechtigten).

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hinweis**      **Das Formular muss handschriftlich unterzeichnet werden.**

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

**Bitte senden Sie das Formular an folgende Adresse:**

**Stadt Luzern  
Volksschule  
Winkelriedstrasse 12a  
6002 Luzern**