



**Anmeldung Schulbesuch
Schuljahr 2021/2022**

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**