|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heilpädagogische SchuleStaffelstrasse 915430 WettingenT 056 437 44 80 | SchulleitungRainer KirchhoferFabian Steblerhps@schule-wettingen.ch |  |

**Anmeldung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Schüler/Schülerin: |  |
| Vorname: |  | AHV-Nr.:IV-Nr.: |  |
| Geschlecht: |  | Geburtsdatum: |  |
| Nationalität: |  | Heimatort: |  |
| Sprache: |  | Konfession: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname, Vater: |  |
| Adresse: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon privat: |  | Mobil Vater: |  |
| Email privat Vater: |  |
| Nationalität: |  | Sprache: |  |
| Sorgerecht | Ja: |  | Nein: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname, Mutter: |  |
| Adresse: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon privat: |  | Mobil Mutter: |  |
| Email privat Mutter: |  |
| Nationalität: |  | Sprache: |  |
| Sorgerecht | Ja: |  |  Nein: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Geschwister: (Name/Jahrgang) |  |
| Andere gesetzliche Vertreter: |  |
| Anmeldung durch: |  |
| Abklärungsstelle: (Kopie vom Bericht) |  |
| Bisherige Schulung/Förderung: |  |
| Bisherige Therapien: |  |
| Arzt, Telefon Arzt |  |
| Wichtige Hinweise: Medikamente/Allergien: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Schuleintritt HPS: |  |
| Ort, Datum: | Unterschrift: |

* Bitte eine Kopie eines Ausweises sowie der Krankenkassenkarte beilegen.
* Die Anmeldung ist keine verbindliche Platzzusage. Beilage: SPD/Abklärungsberichte