



Schule  
Hochstrasse 1, 8330 Pfäffikon  
Telefon 044 952 51 40  
schule@pfaeffikon.ch  
www.schule-pfaeffikon.ch

## Anmeldung Schüler / Schülerin

### Angaben zum Schüler / zu der Schülerin

Name	_____	Heimort	_____
Vorname	_____	Erstsprache	_____
Geburtsdatum	_____	Deutschkenntnisse	_____
Geschlecht	_____	Konfession	_____
bish. Adresse	_____	neue Adresse	_____

### Angaben zum Eintritt

Letzte Klasse	_____	Zuzugsort	_____
Lehrperson letzte Klasse	_____	Zuzugsdatum	_____

### Angaben zu den Eltern / zum gesetzlichen Vertreter

Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
Tel. Nr.	_____	Tel. Nr.	_____
Handy Nr.	_____	Handy Nr.	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

### Sorgerecht

	JA	NEIN
Gemeinsame elterliche Sorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleiniges Sorgerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternierende Obhut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fördermassnahmen in der bisherigen Schullaufbahn

	JA	NEIN
Deutsch als Zweitsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrative Förderung (IF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonderschulung (ISR oder extern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung bei Hör- oder Sehbeeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repetition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Abklärungsberichte

	JA	NEIN
Kinderspital / Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulpsychologischer Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollten Sie bereits im Besitz von Berichten von Abklärungsstellen wie z.B. Kinderspital, Kinderarzt, Schulpsychologischer Dienst sein, stellen Sie uns diese bitte zur Verfügung.

## Tagesstrukturen

	JA	NEIN
Morgenbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagstisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachmittagsbetreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen (z.B. Allergien, Repetitionswunsch usw.): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Kontaktperson (nur auszufüllen bei Flüchtlingen Ukraine mit privater Unterbringung)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_  
Handy Nr. \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Funktion \_\_\_\_\_

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 044 952 51 40 oder per E-Mail an [schule@pfaeffikon.ch](mailto:schule@pfaeffikon.ch).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Formular zurücksenden an:**

Schule Pfäffikon ZH  
Schulverwaltung  
Hochstrasse 1  
8330 Pfäffikon ZH

