



Schule  
Hochstrasse 12, 8330 Pfäffikon  
Telefon 044 952 51 40  
schule@pfaeffikon.ch  
www.schule-pfaeffikon.ch

## Anmeldung Schüler / Schülerin

### Angaben zum Schüler / zu der Schülerin

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
bish. Adresse \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_  
Erstsprache \_\_\_\_\_  
Deutschkenntnisse \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
neue Adresse \_\_\_\_\_

### Angaben zum Eintritt

Letzte Klasse \_\_\_\_\_  
Lehrperson \_\_\_\_\_  
letzte Klasse \_\_\_\_\_

Zuzugsort \_\_\_\_\_  
Zuzugsdatum \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Eltern / zum gesetzlichen Vertreter

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

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

### Sorgerecht

Gemeinsame elterliche Sorge  
Alleiniges Sorgerecht  
Alternierende Obhut

**JA**

**NEIN**

### Fördermassnahmen in der bisherigen Schullaufbahn

Deutsch als Zweitsprache  
Integrative Förderung (IF)  
Logopädie  
Psychomotorik  
Sonderschulung (ISR oder extern)  
Beratung bei Hör- oder Sehbeeinträchtigungen  
Repetition  
Kleinklasse

**JA**

**NEIN**

**Abklärungsberichte**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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.

**Tagessstrukturen**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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.): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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 12  
8330 Pfäffikon ZH