



# Anmeldung

## PERSONALIEN SCHÜLER\*IN

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nr.

IV-Nr.

Muttersprache

Konfession

Heimatort

Ausländerstatus

*Kopie von Ausweis beilegen*

Name und Geburtsdatum von Geschwister

## PERSONALIEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTE PERSONEN

Name und Vorname der Mutter

Adresse

Tel. Privat

Mobile

E-Mail

Name und Vorname des Vaters

Adresse

Tel. Privat

Mobile

E-Mail

Wer hat das Sorgerecht:

Eltern gemeinsam  Mutter

Vater  Vormund

## BEISTANDSCHAFT, FALLS VORHANDEN:

Name

Vorname

Tel.

E-Mail

Mahlzeiten Rechnungen an:



**EINVERSTÄNDNIS ZUM EINHOLEN VON MEDIZINISCHEN UNTERLAGEN UND ABKLÄRUNGSBERICHTEN**

Nachname, Vorname Schüler\*in

---

Geburtsdatum Schüler\*in

---

- Wir ermächtigen als Eltern / erziehungsverantwortliche Personen den Schularzt der Christophorus Schule Bern, Herrn Dr. med. Christian Stöcklin, zum Einblick in die medizinischen Unterlagen und Abklärungsberichte und bitten die allfälligen Stellen ihm eine Berichtskopie zukommen zu lassen. Seine Adresse lautet: Dr. med. Christian Stöcklin, allgemeine Medizin FMH, Holligenstrasse 87, 3008 Bern

Als Eltern verpflichten Sie sich, keine Fotos oder Filme aus dem Schulbetrieb im Internet und in der Presse zu veröffentlichen. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Ihr Kind für schulinterne Förderzwecke fotografiert oder gefilmt wird und diese Aufnahmen gemäss Datenschutz gehandhabt werden.

Für allfällige Veröffentlichungen von Fotos auf unserer Website, im Jahresbericht oder in unserem Kaleidoskop holen wir vorgängig die schriftliche Einwilligung der Eltern für das betreffende Bild ein.

**ELTERN / GESETZLICHE VERTRETUNG**

Ort und Datum

---

Unterschrift

---

Beilagen

- Merkblatt für Eltern
- Information und Anmeldung Tagesschule
- Notfallblatt
- Jährliche obligatorische zahnärztliche Kontrolluntersuchung