A N M E L D U N G für den Heimeintritt

LeistungsempfängerIn

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** des Kindes: X | |
| **Wohnadresse:** X | **PLZ, Ort:** X |
| **Geburtsdatum:** X | **Geschlecht:** M  W |
| **Heimatort:** X | **Nationalität:** X |
| **Konfession:** X | **Sozialvers. - Nr. 756.** X |
| **Krankenkasse:** X | **Haftpflichtversicherung:** X |
| **Gewünschter Eintrittstermin:** X | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Einschulung (Datum):** X **Anzahl Schuljahre:** X **Aktuelle Klasse:** X | |
| **Bisherige Lehrperson; Schulhaus:** X | |
| **Interne besondere Volksschule TABOR**  **Niveau:**  US Primar /  MS Primar  OS Real /  OS Sek  **Fächer RiLz:** X | **Externe öffentliche Volksschule Aeschi**  **Niveau:**  US Primar /  MS Primar  OS Real /  OS Sek  **Bemerkungen:** X |

|  |  |
| --- | --- |
| Einweisung einvernehmlich | Einweisung durch Behörde (Aufenthaltsbestimmungsrecht) |

**Gesundheit / Verhalten**

|  |  |
| --- | --- |
| Allg. Gesundheitszustand des Kindes: | X |
| Besondere oder auffällige Charaktereigenschaften und Gewohnheiten: | X |
| Bisherige spezielle Krankheiten: | wann: X  was: X |
| Sind Allergien oder ärztliche Spezialbehandlungen zu berücksichtigen? | X |
| Müssen regelmässig Medikamente eingenommen werden?  JA  NEIN | Grund der Verordnung: X |
| Medikament und Dosierung: X |
| Behandelnder Arzt: X |
| Liegen Gutachten oder Berichte vor?  JA  NEIN | Wenn ja, von wem: (Bitte Kopie beilegen) X |

|  |  |
| --- | --- |
| Platzierungsgrund: | X |
| Platzierungsziel- / absicht: | X |
| Wo war das angemeldete Kind bis jetzt (Eltern, Pflegefamilie, Heim)? | X |

**Religiöse Unterweisung (KUW)**

Die Erziehungsberechtigten sind für die religiöse Unterweisung (KUW) ihres Kindes / Jugendlichen/r verantwortlich. Falls gewünscht, kann der Unterricht durch die Bezugsperson vom Tabor organisiert und in der lokalen Kirchgemeinde besucht werden.

Die religiöse Unterweisung (KUW) soll erfolgen  JA  NEIN

Unterstützung durch Bezugsperson gewünscht  JA  NEIN

Die religiöse Unterweisung (KUW) erfolgt in: X

Eltern

|  |  |
| --- | --- |
| **Mutter** | **Vater** |
| Name, Vorname: X | Name, Vorname: X |
| Strasse: X | Strasse: X |
| PLZ, Ort: X | PLZ, Ort: X |
| Telefon P: X | Telefon P: X |
| Telefon G: X | Telefon G: X |
| Mobile: X | Mobile: X |
| E-Mail: X | E-Mail: X |
| Geburtsdatum: X | Geburtsdatum: X X |
| Konfession: X | Konfession: X |
| Zivilstand: X | Zivilstand: X |
| Bemerkungen: X | Bemerkungen: X |

**Geschwister**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: X | Geburtsdatum: X |
| Name, Vorname: X | Geburtsdatum: X |
| Name, Vorname: X | Geburtsdatum: X |
| Name, Vorname: X | Geburtsdatum: X |

**Weitere wichtige Adressen** (Paten, Grosseltern, andere Bezugspersonen)

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: X | Bezug zum Kind: X |
| Strasse: X | PLZ, Ort: X |
| Telefon P: X | Telefon G: X |
| Name, Vorname: X | Bezug zum Kind: X |
| Strasse: X | PLZ, Ort: X |
| Telefon P: X | Telefon G: X |
| Name, Vorname: X | Bezug zum Kind: X |
| Strasse: X | PLZ, Ort: X |
| Telefon P: X | Telefon G: X |

**Begleit- / Kindesschutzmassnahme**

Elterliche Sorge  Gemeinsam  Mutter  Vater  keine

Obhut  Gemeinsam  alternierend

Mutter  Vater  keine elterliche Obhut

Andere: X

Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht  Nein  Ja

Bei gemeinsamer elterlicher Sorge

Gegenüber beiden Elternteilen

Gegenüber Mutter

Gegenüber Vater

Bemerkungen X

Leistungsbestellerin

|  |  |
| --- | --- |
| Behördenstelle: X | Telefon: X |
| Name, Vorname: X | Telefon direkt: X |
| Strasse: X | Fax: X |
| Zusatz: X | Mobile: X |
| PLZ, Ort: X | E-Mail: X |
| Begleitung freiwillig | Beistandschaft nach Art.: X |

**Erforderliche Beilagen zum Eintritt:**

Identitätskarte/ (evtl. Pass)  Impfausweis

Krankenkassenkarte (Kopie)  Ärztliche oder andere Gutachten

Schulzeugnisse  Schulberichte / Lernberichte

Platzierungsvertrag  Antrag auf interne besondere Volksschule (bVS)

Vollmacht für den Arzt- / Spitalbesuch  Abklärung EB / SAV (nur bei interner bVS)

X

Die Einweisenden bestätigen, dass die Institution über alle für die Betreuung und Begleitung des Kindes notwendigen und wichtigen Ereignisse und Daten informiert sind.

Kranken-, Unfall- und Privat-Haftpflichtversicherung des Kindes ist Sache der Eltern / zuweisenden Behörde.

Weitere Bemerkungen / Hinweise: X

**Zuweisende Stelle / Leistungsbestellerin (gesetzliche Vertretung Elternschaft)**

Ort, Datum X Unterschrift