

## Schulverwaltung

Dohlenzelgstrasse 24 | 5210 Windisch | +41 56 448 97 83  
schulverwaltung@schule-windisch.ch | www.schule-windisch.ch

# ANMELDUNG KINDERGARTEN WINDISCH per: \_\_\_\_\_

traditioneller Kindergarten

Natur- und Bewegungskindergartenn  
(Platzzahl beschränkt)

Der Transport für Kinder aus dem Unterdorf ist gewährleistet

## Personalien Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich /  männlich

AHV-Nummer: 756. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Alltagssprache: \_\_\_\_\_

Bisherige Adresse (Strasse/Hausnummer/PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

Adresse in Windisch (Strasse/Hausnummer): \_\_\_\_\_

Tagesaufenthalt:  Zu Hause /  anderer Ort = \_\_\_\_\_

## Personalien Erziehungsberechtigte(r) 1

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Ja /  Nein

weiblich /  männlich

Adresse (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Alltagssprache: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

## Personalien Erziehungsberechtigte(r) 2

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt:  Ja /  Nein

weiblich /  männlich

Adresse (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Alltagssprache: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_

Telefon Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Nur bei Zuzug nach Windisch auszufüllen**

Zuletzt besuchter Kindergarten (Ort): \_\_\_\_\_

Lehrperson: \_\_\_\_\_ E-Mail Lehrperson: \_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind eine Spielgruppe besucht?  Ja /  Nein  
Name: \_\_\_\_\_
- Mein Kind spricht Deutsch:  Ja /  Nein
- Es spricht Deutsch:  mit der Mutter /  dem Vater /  den Geschwistern /  
 Kita/Spielgruppe /  Draussen beim Spielen
- Zeigt Ihr Kind Sprachauffälligkeiten?  
(Sprachfehler z.B. stottern usw.)  Ja /  Nein  
Wenn ja, wie wirken sich diese aus? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind chronische Krankheiten/Allergien?  Ja /  Nein  
(z.B. Asthma, Epilepsie usw.)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind eine Behinderung?  Ja /  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besucht Ihr Kind eine Therapie?  Ja /  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Regelmässige Einnahme von Medikamenten?  Ja /  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Geschwister** (Vorname/Geburtsdatum/besuchter Kindergarten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- Bitte retournieren Sie die Anmeldung vollständig ausgefüllt **bis 26. Januar 2024** zHd. Schulverwaltung, Dohlenzelgstrasse 24, 5210 Windisch oder [schulverwaltung@schule-windisch.ch](mailto:schulverwaltung@schule-windisch.ch).
- Die Kindergartenzuteilung und weitere Informationen, werden Ihnen Mitte Mai per Post von der Schulverwaltung zugestellt.