



Personalbogen für den obligatorischen und freiwilligen Eintritt in den Kindergarten für das Schuljahr 2024/25

Kindergartenanmeldung

Unser Kind besucht:

- ab dem Schuljahr 2024/25 (Eintritt 19.08.2024) den **obligatorischen** Kindergarten.
- ab dem Schuljahr 2024/25 (Eintritt 19.08.2024) den **freiwilligen** Kindergarten.
- ab dem **2. Semester** des Schuljahres 2024/25 den freiwilligen Kindergarten.
- Wir erachten, dass unser Kind noch nicht reif für den Eintritt in den obligatorischen Kindergarten ist. Wir möchten es darum ein Jahr zurückstellen und beantragen ein Gespräch mit der Schulleitung.
- erst im Schuljahr 2025/26 den obligatorischen Kindergarten. (Nur 1. Seite ausfüllen)

Personalien des Kindes

Name, Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge
Geburtsdatum	
Adresse Wohnort	
Telefon	
Konfession	
Heimatort / Staatszugehörigkeit	
Erstsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere, welche:
Bei Fremdsprachigkeit	Herkunftsland: _____ In der Schweiz seit: Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/> sehr gute
Sozialversicherungs-Nr.	
Name, Vorname der Mutter	
Name, Vorname des Vaters	

Auffälligkeiten / Krankheiten / Allergien

Therapien	<input type="checkbox"/> Logopädie bei <input type="checkbox"/> Psychomotorik bei <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung bei
Krankheiten	
Allergien	

Angaben zur Familie

Elterliches Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Vater und Mutter <input type="checkbox"/> Alleinerziehend Mutter <input type="checkbox"/> Alleinerziehend Vater
Tel.-Nr./Natel	Mutter:
	Vater:
Beruf, Tel. Arbeitsort	Mutter:
	Vater:
E-Mail	Mutter:
	Vater:
Deutschkenntnisse der Eltern (bei Fremdsprachigkeit):	Herkunftsland Mutter: _____ Erstsprache: _____ Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/> sehr gute
	Herkunftsland Vater: _____ Erstsprache: _____ Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> wenige <input type="checkbox"/> gute <input type="checkbox"/> sehr gute
Geschwister (Name und Geburtsjahr)	
Familienergänzende Betreuung des Kindes:	
Institution:	
Betreuungsperson: (Name, Vorname, Tel.)	
Betreute Tage	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag
Bemerkungen zur Betreuung	
Wünsche Hinweise	
Ort / Datum	
Unterschrift der Eltern	

Retournieren bis 27.01.2024 an:

Schule Hergiswil b. Willisau, Sekretariat, Steinacher 7, 6133 Hergiswil b. Willisau