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: Xwas: 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