

Adresse:
Christliche Privatschule
Freiestrasse 41
8570 Weinfelden
Tel. 071 659 03 53
Tel. 071 650 03 82

Bankverbindungen:
Raiffeisenbank:
Regio Sirmach
8370 Sirmach
CH30 8080 8008 8216 0898 3

Postfinance:
CH15 0900 0000 6113 2996 0

Internetadresse:
www.cpsw.ch

E-Mail:
cpsw@bluewin.ch

Christliche Privatschule
Freiestrasse 41
8570 Weinfelden

Schüleranmeldung

Angaben zum Schulkind:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bürgerort / Nationalität:

Konfession:

Schuleintritt ab:

Klasse: Schuljahre:

AHV Nr. (Die AHV Nummer finden Sie auf der Krankenkassenkarte des Kindes)

Besonderes (Linkshänder, Seh- oder Hörschwäche, Allergien usw.):

.....

.....

Angaben der Eltern:

Name, Vorname der Mutter:

Strasse: PLZ, Wohnort:

Beruf:

Name, Vorname des Vaters:

Strasse: PLZ, Wohnort:

Beruf:

Handy Mutter: Handy Vater:

evtl. Festnetz:

Email Mutter: Email Vater:

Gesetzlicher Vertreter:

Abklärungen des Schulkindes:

- Wurde beim Kind eine Abklärung gemacht ? Ja Nein
- Wenn ja, was für eine? _____
- Wenn ja, wann wurde sie gemacht? _____
- Hat das Kind eine Lernzielanpassung? Ja Nein
- Wenn ja, in welchem Fach? _____
- Hat das Kind eine Lernzielbefreiung? Ja Nein
- Wenn ja, in welchem Fach? _____

Zuständiges Schulsekretariat des Wohnortes:

Name:

Strasse:

PLZ/Ort:

Wir haben das Schulleitbild, das Schulreglement und das Schulgeldreglement gelesen und erklären uns damit einverstanden.

Um die bestmöglichen Ziele für unser Kind zu erreichen, unterstützen wir die Lehrpersonen und stehen hinter ihren Bemühungen, um die Schulordnung zu gewährleisten. Anständiges Verhalten und Pünktlichkeit wird im Schulbetrieb vorausgesetzt.

Werden bei einem Lernenden Lernbehinderungen oder Verhaltensstörungen festgestellt, kann die Lehrperson oder der Schulvorstand eine geeignete Abklärung anordnen.

Gemäss KVG sind in der obligatorischen Krankenversicherung auch die Heilungskosten für Unfälle versichert. Deshalb hat die Schule keine spezielle Unfallversicherung abgeschlossen. Eltern melden Unfälle im Schulbereich bei ihrer Krankenkasse an.

Die Eltern übernehmen die Verantwortung für die schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchungen. Sie bestätigen den jährlichen schulzahnärztlichen Besuch sowie eine schulärztliche Kontrolle im 4. und im 8. Schuljahr.

Die Schulleitung hat die Möglichkeit, eine Probezeit zu veranlassen.

Wir erklären uns einverstanden, dass Bildaufnahmen von Schulanlässen, auf denen unser Kind und/oder wir erkennbar sind, ausschliesslich für Schulzwecke (Internet / Publikationen / Werbeflyer) verwendet werden dürfen. Ein Widerruf ist jederzeit möglich. Der Widerruf ist gültig für Bilder, welche ab dem Widerrufsdatum veröffentlicht werden.

Das monatliche Schulgeld werden wir jeweils vor dem 5. des laufenden Monats auf das Bankkonto des Vereins für christliche Privatschulen überweisen.

Ort, Datum:
.....
.....

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten:
.....
.....