

Kind / **Child**

Name(n) / **Family name(s)**: _____

Vorname(n) / **First name(s)**: _____

Geburtsdatum / **Date of birth**: _____ Nationalität / **Nationality**: _____

Muttersprache / **Mother tongue**: _____

Meistgesprochene Sprache / **Language normally spoken**: _____

Eintrittsdatum / **Entry date**: _____ Klasse / **Class**: _____

Eltern / **Parents**

Name(n) / **Family name(s)**: _____

Vorname(n) / **First name(s)**: _____

Adresse / **Address**: _____

_____ E-Mail Adresse / **Email**: _____

Tel. Privat / **Home phone**: _____ Tel. Geschäft / **Work phone**: _____

Ist das Kind krankenversichert? / **Is the child insured for health?** ja / **yes** nein / **no**

unfallversichert / **accident?** ja / **yes** nein / **no**

haftpflichtversichert / **third party liability?** ja / **yes** nein / **no**

Kontaktperson(en) für Notfälle / **Person(s) to contact in case of emergency**: _____

Adresse(n)+Tel / **Address(es)+phone number(s)**: _____

Hausarzt / **Family doctor**: _____

Bemerkungen (Krankheiten, Allergien usw.) / **Remarks (medical conditions, allergies etc.)**: _____

Ort, Datum /
Place, date: _____

Eltern Unterschrift(en) /
Signature of parent(s): _____