

Mutationsmeldung Schuljahr	Zuzug
-----------------------------------	--------------

1. Schüler ☐ Schülerin ☐

Name und Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Nationalität / Muttersprache

Heimatort / Konfession

AHV-Nr. (Schüler/in)

2. Erziehungsberechtigte

Vater ☐ Mutter ☐ andere ☐

Name und Vorname (M)

Telefon / Mail

Adresse (falls nicht mit Kind identisch)

AHV-Nr. (M)

Name und Vorname (V)

Telefon / Mail

Adresse (falls nicht mit Kind identisch)

AHV-Nr. (V)

Bisherige Adresse / PLZ Ort

Neue Adresse / PLZ Ort ()

3. Zuletzt besuchte Schule

Klasse / Schulhaus

Lehrperson

Telefon / Mail

Datum des Austritts

4. Eintritt in Schule

Klassenlehrperson

Mail Klassenlehrperson

Schulhaus

Klasse / Schulzimmer

Datum / Zeit des Eintritts

Sek: Niveau De/En/Math/Fr

5. Bemerkungen

Bitte senden Sie das Formular

via Mail an: sekretariat@schule-beromuenster.ch oder

via Post an: Schule Beromünster, St. Michael II, Schuelgass 1, 6215 Beromünster