

## Eltern-/Vormund-Fragebogen

### 1 Familiensituation

#### 1a) Angaben zum Schüler / zur Schülerin

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

#### 1b) Angaben zu Eltern / Vormund

##### Vater / Vormund I:

Familienname: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Konfession: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
 Fax privat: \_\_\_\_\_  
 Fax dienstlich: \_\_\_\_\_  
 e-mail privat: \_\_\_\_\_  
 e-mail dienstl.: \_\_\_\_\_

Sorgerecht für Schüler/in: ja [ ] nein [ ]

Beruf: \_\_\_\_\_

##### Mutter / Vormund II:

Familienname: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Vorname(n): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Konfession: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_  
 Tel. privat: \_\_\_\_\_  
 Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
 Fax privat: \_\_\_\_\_  
 Fax dienstlich: \_\_\_\_\_  
 e-mail privat: \_\_\_\_\_  
 e-mail dienstl.: \_\_\_\_\_

Sorgerecht für Schüler/in: ja [ ] nein [ ]

Beruf: \_\_\_\_\_

Aufenthalt an Heimreisewochenenden (Adresse, Tel.):

---

---

---

Wer ist Kostenträger? \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall zuerst informiert werden? \_\_\_\_\_

Schüler/in ist haftpflichtversichert bei: \_\_\_\_\_

## 2 Gesundheit

Krankenkasse: privat  gesetzlich  Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Impfungen: Pocken  Diphtherie  Scharlach  Tetanol  Polio  Keuchhusten

Gab / gibt es bei Familienmitgliedern oder bei dem Schüler / der Schülerin ernsthafte Erkrankungen? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss der Schüler / die Schülerin regelmässig Medikamente einnehmen? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Muss der Schüler / die Schülerin regelmässig an Behandlungen teilnehmen (Arztbesuche, Therapien aller Art, Krankengymnastik)? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind beim Schüler / bei der Schülerin allergische Reaktionen oder Lebensmittelallergien bekannt? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden bei dem Schüler / der Schülerin irgendwelche Behandlungsmethoden ausgeschlossen? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Lagen / liegen beim Schüler / bei der Schülerin krankhafte Ernährungsgewohnheiten vor (z.B. Bulimie, Magersucht, usw.)? ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Ist der Schüler / die Schülerin Schwimmer? ja  nein

## 3 Kooperation

Soll das Privatinternat Villa ARGO, Silke Andrews für den Schüler / die Schülerin ein Taschengeldkonto führen? ja  nein

Welches sind Ihre Erwartungen an den Internatsaufenthalt für Ihr Kind (den Schüler / die Schülerin)?

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Vater / Vormund I

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mutter / Vormund II