

Kinder- und Jugendheim Bild  
Rorschacherstrasse 7  
9450 Altstätten

Telefon 071 757 11 60  
Fax 071 757 11 61  
www.bild-altstaetten.ch  
info@bild-altstaetten.ch



Kinder- und Jugendheim Bild

## Anmeldeformular Schülerwohngruppe

### Kind

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Heimatort/Land \_\_\_\_\_  
AHV-Nr \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

### Schule

Klasse / Ausbildungsjahr \_\_\_\_\_ Klassenlehrer/Ausbildner \_\_\_\_\_  
Schulhaus \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

### Mutter

Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Telefon G \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Vater

Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Telefon G \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Natel \_\_\_\_\_  
Telefon P \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Elterliche Sorge

Bei wem ist die elterliche Sorge? \_\_\_\_\_

### Einweisende Behörde

Behörde \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Kontaktperson \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnung geht an \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Verfügte Massnahmen

Obhutsentzug ja  nein   
Beistandschaft ja  nein

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Kontaktperson \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Bisherige Platzierung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Voraussichtliche Dauer des Heimaufenthaltes  
Wo verbringt das Kind die Urlaubswochenende / Betriebsferien?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Kontaktpersonen

Zu welchen Personen darf das Kind Kontakt pflegen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zu welchen Personen soll der Kontakt ausdrücklich unterbunden werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Krankenkasse / Unfall

Name \_\_\_\_\_ Policen Nr. \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_ Hausarztmodell ja  nein

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Policen Nr. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

## Gesundheitsprobleme

Bestehen gesundheitliche Probleme wie Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Bettnässen, Essstörungen, Ängste, Depressionen, Epilepsie, Asthma, Sucht, selbstverletzendes Verhalten, ADHS...?

---

---

Wenn ja, wird es behandelt / wie?

---

---

Bestehen sonstige körperliche oder psychische Probleme, nach denen nicht gefragt wurde?

---

---

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Behandlung? \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt? \_\_\_\_\_

## Sozialverhalten

Bestehen Auffälligkeiten im Sozialverhalten wie Aggressionen, Schulverweigerung, tiefe Frustrationstoleranz, Diebstahl,...?

---

---

Besten Dank für das gewissenhafte Ausfüllen den Anmeldeformulars. Sie helfen uns mit den Informationen bereits zu Beginn der Zusammenarbeit den Unterstützungsbedarf des Kindes abzuschätzen. Die Angaben unterstehen selbstverständliche der Schweigepflicht.

Ort und Datum

Unterschrift

---

---

Wenn vorhanden, bitte beim Eintritt mitbringen:

|                           |                             |                               |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Impfausweis               | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schulzahnpflegeheft       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Identitätskarte oder Pass | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Aufenthaltsbewilligung    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Krankenkassenausweis      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bisherige Berichte        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |