



KG: kis.vorortkg@edubs.ch

PS: kis.vorortps@edubs.ch

Anfrage: KIS vor Ort (KG +PS)

Datum _____

♀ ♂

Name des Kindes _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Nationalität _____

Muttersprache _____

Deutschkenntnisse Vater gut Mutter gut Übersetzerin/Übersetzer nötig

Gruppe / Klasse _____

Anmeldung durch LP _____ SL _____

Einsatzort/Adresse _____ Tel. _____ Klasse _____

in Absprache mit SHP SL

Kontaktpersonen:

Name _____ Funktion _____

Tel. _____ Mail _____

Name _____ Funktion _____

Tel. _____ Mail _____

beteiligte SPD _____ SSA _____

Institutionen KJD _____ SHP _____

(mit Personenangabe) KJPK _____ Therapie _____

FABE _____ _____

Antrag Verstärkte Massnahmen? ja Datum: _____ nein

Benutzung von Tagesstrukturen? ja nein

Beschreibung der Situation:

Datum: _____

elektronische Unterschrift Schulleitung / Lehrperson: _____