SCHULE
GLATTFELDEN

FORMULAR - WEGZUG

Name / Vorname Kind: .....

Geburtsdatum: ..... **Geschlecht:** **männlich** ☐

weiblich ☐

Konfession: .....

Muttersprache: .....

Familienname: .....

Vorname Vater: ..... Vorname Mutter: .....

Adresse alt: ..... **Adresse neu:** .....

PLZ / Ort alt: ..... PLZ / Ort neu: .....

Tel.-Nr. alt: ..... Tel.-Nr. neu: .....

E-Mail: .....

Wegzug per: .....

Aktuelle Klasse Glattfelden: .....

Schule / Schulhaus Glattfelden: ..... / .....

Name der Lehrkraft Glattfelden: .....

Adresse Schule nach Wegzug: .....

.....

Bemerkungen: .....

.....

.....

.....

Datum: ..... Unterschrift: .....

Schule Glattfelden
Schulverwaltung
Dorfstrasse 61
8192 Glattfelden
Tel. 044 886 62 30
Fax. 044 886 62 34
schulverwaltung@schule-glattfelden.ch
www.schule-glattfelden.ch
Öffnungszeiten: Di-Fr. 09.00 – 11.00