

Anmeldung in das Sonderschulische Brückenangebot (SO_BA) HPZ BL für das Schuljahr

Personalien des/der Jugendlichen

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geschlecht (m, w):

AHV-Nummer:

Adresse:

Wohnsituation: Eltern..... Wohnheim

Gesetzlicher Wohnsitz:

Mail-Adresse:

Mobile: Konfession

Sprache: Nationalität:

Aufenthaltsbewilligung: seit wann in der Schweiz:

Mutter

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon: Mobile:

Mail-Adresse:

Vater

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon: Mobile:

Mail-Adresse:

Zivilstand der Eltern: Sorgerecht:

Mandatsträger

Keiner Begleitbeistand Mitwirkungsbeistand Vertreterbeistand Umfassende Beistandschaft

Name: Vorname:

Adresse:

Telefon: Mobile:

Mail-Adresse:

Schule

von bis Schule

von bis Schule

von bis Schule

aktuelles Schuljahr

zuständige Lehrperson:

Mail-Adresse:

Telefon: Mobile:

IV-Berufsberater/-beraterin:

Mail-Adresse:

Telefon: Mobile:

Medizinische Informationen: Diagnose, Allergien etc.

.....

Hausarzt/-ärztin: Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail

.....

Therapeut/in: Name, Vorname, Adresse, Telefon, Mail

.....

Medikamente

Überwachung

.....
.....
.....

Flankierende Massnahmen: Pflege Therapie Hilfsmittel

Krankenkasse und Nummer:

Begleitausweis: ja nein

Arbeit

Gewünschtes Praktikum:

Falls vorhanden, Berufswunsch:

Finanzielle Beteiligung durch die Eltern/Erziehungsberechtigten

- Verpflegung: CHF 7.50 pro Mittagessen
- Exkursionen: max. CHF 16.00 pro Anlass/pro Tag

Zusammenarbeit

- Das SO_BA ist ein nachobligatorisches Schulangebot. Die Eltern resp. Erziehungsberechtigten und die Jugendlichen verpflichten sich mit dieser Anmeldung zur Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Zentrum, der IV-Berufsberatung und dem Arbeitsort, in denen Schnupperwochen und Jobtrainings absolviert werden.

Die Unterzeichneten erklären sich mit den obenstehenden Bedingungen dieser Anmeldung einverstanden:

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern resp.
der Erziehungsberechtigten:

Unterschrift der/des Jugendlichen

.....

Einverständnis-Erklärung

Die Erziehungsberechtigten von

Name, Vorname:

erklären sich einverstanden, dass Fotos, Filme und Videos ihrer Tochter/ihres Sohnes während der Schulzeit im HPZ BL angefertigt und für Jahresberichte und Reportagen verwendet werden.

Das Bildmaterial ist bis zum Schulaustritt einer Schülerin/eines Schülers Eigentum des HPZ Baselland und wird bei Schulaustritt vernichtet.

Diese Einverständnis-Erklärung wird in den Schulakten abgelegt und kann von den Erziehungsberechtigten jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Einverstanden damit:

Nicht einverstanden damit:

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern resp.
der Erziehungsberechtigten:

.....

Wird vom Heilpädagogischen Zentrum BL ausgefüllt

Eintrittsdatum:Klasse:

Lehrperson:Coachingperson:

Art des Transportes: ÖV mit Begleitung Sammelfahrt Begleitausweis

Austrittsdatum:

Anschlusslösung:

.....