

Beistandschaft

☐ Nein ☐ Ja (bitte Ernennungsurkunde beilegen)

Name:..... Vorname:

Adresse:

Mobile:..... E-Mail:.....

Schule

von bis..... Schule

von bis..... Schule

von bis..... Schule

aktuelles Schuljahr

zuständige Lehrperson:.....

Mobile:..... E-Mail:.....

IV-Berufsberater/-berater:in:

Mobile:..... E-Mail:.....

Medizinische Informationen: Diagnose, Allergien etc.

.....

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

.....

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

.....

Medikamente

.....

.....

Flankierende Massnahmen: ☐ Pflege ☐ Therapie ☐ Hilfsmittel

Krankenkasse und Nummer:.....

Art des Transportes: ☐ ÖV ☐ Hofmeier Sammelfahrt

Begleitausweis: ☐ ja ☐ nein

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 den Arbeitsorten, 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 der obengenannten Person während der Schulzeit im HPZ BL angefertigt und für Jahresberichte und Reportagen verwendet werden.

Das Bildmaterial ist bis zum Schulaustritt der Jugendlichen Eigentum des HPZ Basel-land 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:

.....

Anmeldung schicken an:

Sonderschulisches Brückenangebot
Hofackerstrasse 40B
4132 MuttENZ
Mail: soba.muttENZ@hpz-bl.ch

Wird vom Heilpädagogischen Zentrum BL ausgefüllt

Eintrittsdatum: Klasse:

Lehrperson: Jobcoach:

Art des Transportes: ☐ ÖV ☐ Hofmeier Sammelfahrt

