

Jugendliche

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
AHV-Nr.:

Anmeldeformular Behörden

BEO WG

Gesetzliche Vertretung

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile/Fax:
E-Mail:

Kostengutsprechende Behörde

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile/Fax:
E-Mail:
Zuständige Person:

Zivilrechtliche Massnahme:

- Weisung, Ermahnung Art. 307
- Beistandschaft Art. 308
- Obhutsentzug Art. 310
- Entzug elterliches Sorgerecht Art. 311

Ort, Datum:

Jugendgerichtliche Massnahme:

- Abklärung Art. 9
- Unterbringung Art. 15
- Freiheitsentzug Art. 25

Einweisende Behörde

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile/Fax:
E-Mail:
Einweisungsgrundlage:
Zuständige Person:
Erreichbarkeit: Mo Di Mi Do Fr

Zuständige KESB

Name:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile/Fax:
E-Mail:
Zuständige Person:

Unterschrift:

Grundlage Kosten: Die Grundlage der Kostenberechnung ist unsere Preisliste, die unserer Broschüre beiliegt.

Rechnungsstellung: Die Kosten werden wir der zuständigen Behörde in Rechnung stellen. Wir stellen grundsätzlich keine direkte Rechnung an Eltern.

Jugendliche

Name:

Vorname:

Begleitformular Eltern

BEO WG

Personalien Mutter

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Zivilstand:

Verheiratet Geschieden Getrennt

Verwitwet Ledig

Personalien Vater

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Zivilstand:

Verheiratet Geschieden Getrennt

Verwitwet Ledig

Geschwister/Halbgeschwister

Name:

Alter:

Wohnort:

Name:

Alter:

Wohnort:

Name:

Alter:

Wohnort:

Name:

Alter:

Wohnort:

Im gleichen Haushalt lebende Person/en:

Name:

Bezug:

Name:

Bezug:

Name:

Bezug:

Weitere wichtige Personen (z.B. Gotte, Götti, etc)

Name:

Alter:

Wohnort:

Name:

Alter:

Wohnort:

Jugendliche

Name:
Vorname:
AHV-Nr.:

Begleitformular Jugendliche

BEO WG

Personalien Jugendliche

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile:
E-Mail:
Geburtsdatum:
Heimatort:
Konfession:
Eintritt Heimgarten:
Austritt Heimgarten:

Wichtige Bezugspersonen (Ausser Eltern und Geschwister)

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Vorherige Institution oder beanspruchte Hilfe

Name der Beratungsstelle/Institution:
PLZ/Ort:
Ansprechperson:
Telefon:
Therapie: Ja Nein
Therapeut/in Name:
Therapeut/in Telefon:

Medizinisches

Arzt Name:
Arzt Telefon:
Allergien:
Akute Erkrankung:
Medikamente:

Versicherungen

Krankenkasse:
Unfall:
Haftpflicht:

Bitte mitbringen:

- Schulzeugnisse
- Kopie Hausrat-/Haftpflichtversicherung
- Halbtax-Abo/GA
- Bank-/Postkontokarte
- Medikamente und entsprechende Rezepte
- Identitätskarte oder Pass
- Krankenkassen-Ausweis
- Impfausweis

Jugendliche

Name:

Vorname:

schulpflichtig in Ausbildung/weiterführende Schule

zurzeit ohne Tagesstruktur

Begleitformular Schule/Ausbildung

Letzte besuchte Schule

Adresse:

Telefon:

PLZ/Ort:

Real Sek Gym

Zuständige Lehrperson

Name:

Vorname:

Klasse:

Schuljahr:

Bisher besuchte Schulen

Ort, Klasse, Niveau	Jahr (von-bis)	Klassenlehrer/in	Telefon
.....
.....
.....
.....

Spezielle Schulen

	Lehrperson	Telefon
Sonderschule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Individuelle Lernziele <input type="checkbox"/> riLZ <input type="checkbox"/> eiLZ
Schulpsycholog. Abklärung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Legasthenie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachhilfe-/Stützunterricht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Berufsabklärung

Bereits getroffene Abklärungen vor Eintritt:	Name Berufsberater/in	Telefon
Berufsberatung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
BIZ Besuche: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schnuppern: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Berufsausbildung:

Welche Lehre?:

Lehre unterbrochen Lehre abgebrochen

Name Lehrbetrieb:

Adresse Lehrbetrieb:

Name zuständige Person: