

Leitung: Martha und Roland Grütter-Gyger
 Büro / Administration Zentrum 062 929 14 81
 Lebensgemeinschaft «Brönnofen» 062 929 35 98
 Wohngemeinschaft «Hüsli» 062 929 24 86
 Wohngemeinschaft «Buchsi» 062 961 25 98
 PC-Konto 49-9705-5 Fax 062 929 44 06

WOLEG
 Roggwil BE since 1986



**Wohnen –
 Lernen in
 Gemeinschaften**

Postfach 144
 Brennofenstrasse 33, 4914 Roggwil
 r.gruetter@woleg.ch, www.woleg.ch

Anmeldeblatt bei Neueintritt in die WOLEG

Personalien	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
AHV Nr.	
Konfession	
Heimatort	
Aufenthaltsbewilligung <small>(nur bei Ausländer)</small>	
Handy/ Natel Nr.	
E-Mail Adresse	

Wohnadresse (Schriften)	
PLZ Ort	
Aufenthalt vor Eintritt	

Von der WOLEG auszufüllen			
Vorstellungsgespräch			
Eintrittsdatum		Austrittsdatum	
Unterkunft	<input type="checkbox"/> LeG	<input type="checkbox"/> WG Hüsli	
	<input type="checkbox"/> LeB	<input type="checkbox"/> WG Buchsi	
	<input type="checkbox"/> Aussenwohnung		
Waldschule	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Zuständiger Betreuer WOLEG			

Angaben zur Familie	<input type="checkbox"/> Sorgerechtsinhaber	<input type="checkbox"/> Sorgerechtsinhaber
Eltern	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Beruf		
Zivilstand		
Adresse		
PLZ Ort		
Telefon Festnetz		
Telefon Mobil		
E-Mail Adresse		
Geschwister		
Name	Vorname	Geb. Datum
Weitere wichtige Kontaktpersonen		
Name		
Adresse		
Tel. Nr.		
Name		
Adresse		
Tel. Nr.		

Bisherige ärztliche Betreuung	
Hausarzt	
Adresse	
Telefon Nr.	

Therapeut/Psychiater ua.	
Adresse	
Telefon Nr.	

Gesundheitszustand
Ist der Jugendliche momentan in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?
Grund der Behandlung?
Sind noch Termine offen? Wenn ja, wann?

Versicherungen	Krankenkasse	Haftpflicht
Police Nr.		
Name		
Sektion/Agentur		
Adresse		
Ort /PLZ		
Telefon Nr.		

Bisherige Schule Arbeitgeber		
Funktion	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber
Name		
Zuständige Person <small>Lehrer, Lehrmeister etc.</small>		
Adresse		
Ort /PLZ		
Telefon Nr.		

Begründung des Eintritts	
Einweisungsgrund:	
Ziel des Aufenthalts:	

Zuweisende Stelle	
Institution	
Zuständige Person	
Adresse	
PLZ/ Ort	
Telefon Nr.	
E-Mail Adresse	

Vormundschaftliche oder gerichtliche Massnahmen		
Institution		
Zuständige Person		
Adresse		
PLZ/ Ort		
Telefon Nr.		
E-Mail Adresse		
Art der Massnahme	<input type="checkbox"/> ZGB Art. 308, Abs. 1 + 2 <input type="checkbox"/> ZGB Art. 310	<input type="checkbox"/> andere Welche?.....

Unterschriften

Ort, Datum: _____

Eltern

Versorger

Jugendlicher
