

Anmeldung/Registration

Name des Kindes _____
Name of your child First name Family name

Geburtsdatum _____
Date of birth

Nationalität _____
Nationality

Name der Mutter _____
Mother's name

Firma der Mutter _____
Mother's Company

Name des Vaters _____
Father's name

Firma des Vaters _____
Father's Company

Adresse/Address _____

Telefon _____ Fax _____
Telephone

Mobile des Vaters _____ Mobile der Mutter _____

E-Mail des Vaters _____
Father's name

E-Mail der Mutter _____
Mother's E-Mail

Im Notfall
In case of emergency if different from above

Name: _____ Telefon _____

Unterschrift Eltern: _____
Signature of the parents:



Über Ihr Kind/**About your Child**

Hier ist Platz für ein Foto

Please attach a photo here

Vorname/ **First Name** _____

Nachname/**Family Name** _____

Nationalität/**Nationality** _____

Religion _____

Muttersprache/**Your child's first language** _____

Zu Hause gesprochene Sprache(n)/
Language(s) spoken at home _____

Position in der Familie - Geschwister und ihre Alter:
Position in the family – siblings and their ages:

Lerngruppen/Schulen, welche Ihr Kind schon besucht hat:
Play groups/schools your child has previously attended:

Besonderes über Ihr Kind:
Special about your child:



Einverständniserklärung der fotografierten Person
Declaration of Consent of Photographed Person

Name/ Last name: _____

Vorname / First name: _____

Schule / School: _____

Hiermit stimme ich der Veröffentlichung von Bildern meiner Person, die im Zusammenhang mit Schulaktivitäten stehen, auf der Website oder in anderen Publikationen bzw. Werbeträgern der *RIS Swiss Section* zu.

I hereby declare consent to the publication of pictures of me, which are connected to school activities, at the website or any other publications or advertising media of RIS Swiss Section.

Mir ist bekannt, dass eine Bildaufnahme nicht zur Veröffentlichung meines Bildes führen muss.

I am aware that an image acquisition does not necessarily lead to the publication of my image.

Ort, Datum / *place, date*

Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)
Signature (parental guardian for underage)

Ort, Datum / *place, date*

Unterschrift Fotograf/in bzw. Vertreter der Schule
Signature of photographer /representative of school



Schüler-Unfallversicherung / *Student accident insurance*

Alle Schülerinnen und Schüler der RIS Swiss Section sind über die Schule bei der MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd. **beschränkt** gegen Unfall versichert.

*All students of the RIS Swiss Section have **limited** accident insurance cover taken out by the school at MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd.*

Versicherungsumfang / *Insurance coverage*

Die Versicherung erstreckt sich auf Unfälle, die der Versicherte erleidet während des Schuljahres (Unterrichtszeit, Schulweg, Pausen, Schulreisen, Exkursionen, Wochenenden sowie schulfreie Tage eingeschlossen.). Die Versicherung beschränkt sich auf Unfälle innerhalb Thailands.

The insurance covers accidents during the school year (including class time, way to school, breaks, school trips, excursions, weekends and school holidays). The insurance is limited to accidents within Thailand.

Leistungen / *Services*

Heilungskosten/ <i>Medical expenses:</i>	50,000.- Baht pro Unfall/Schüler / <i>per accident/student</i>
Permanente Invalidität/ <i>Permanent disability:</i>	500,000.- Baht
Todesfall/ <i>Death:</i>	500,000.- Baht

Prämie / *Premium*

Die Versicherungsprämien werden vollumfänglich von der Schule übernommen. Die Behandlungskosten müssen von den Versicherten/Eltern vorgestreckt werden. Die Schadenzahlung erfolgt direkt an den Versicherten bzw. die Eltern.

The insurance premiums will be fully paid by the school. The treatment costs must be paid in advance by the insured parents. Claim payments are made directly to the insured or the parents.

Im Schadenfall / *In the event of a claim*

Bitte das Schulsekretariat informieren und ein „*Accident Claim Form*“ anfordern. Das Formular muss vom entsprechenden Arzt/Krankenhaus ausgefüllt und unterzeichnet werden.

Please inform the school office and request an "Accident Claim Form". The form must be completed and signed by the concerning doctor/hospital.

Datum / *Date* _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)/ _____
Signature of parent



Medical Information/Lernzwerge

Last Name _____ First Name _____

Nickname _____

Birthday ____/____/____ Age ____ Sex ____ Nationality _____ Grade LZ

Record of Medical Examination

Date ____/____/____

Immunization Record

VACCINE	VACCINE	COMPLETED
BCG (Tuberculosis)		
DPT (Diphtheria, Whooping Cough, Tetanus)		
Poliomyelitis		
Mumps		
Measles & Rubella		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Japanese B Encephalitis		
Typhoid		
Other		

Is your child currently using any medication?

None Yes (please list below, indicating dosage and reason for treatment)

Does your child suffer from allergies?

None Yes (please list below)

