

### Allgemeine Anleitung

Bitte für jeden Schüler/jede Schülerin, der/die sich bei ISZL bewirbt ein separates Formular benutzen. **Erziehungsberechtigte bitte im dafür vorgesehenen Feld unterschreiben.** Dieses Formular bitte durch den/die Klassenlehrer/in ausfüllen und auf Seite 2 unterschreiben lassen.

**Hinweis:** Falls Ihr Kind Lernunterstützung erhält, ist ein zusätzliches Formular durch die entsprechende Lehrperson auszufüllen.

Die vollständigen Formulare sollten **von der Lehrperson** an folgende Adresse gesendet werden: International School of Zug and Luzern, Admissions Office, Walterswil 1, 6340 Baar, Schweiz, (Telefon +41 41 768 2900), oder per E-Mail an admissions@iszl.ch. Falls ISZL Fragen oder Bedenken bezüglich der Beurteilung hat, wird die Schule mit der Lehrperson Kontakt aufnehmen. Mit ihrer Unterschrift berechtigen die Erziehungsberechtigten ISZL zu einer entsprechenden Kontaktaufnahme.

**Sämtliche zur Verfügung gestellten Informationen werden streng vertraulich behandelt.**

### ANLEITUNG FÜR ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

**Bitte tragen Sie unten den Namen Ihres Kindes ein und unterschreiben Sie, bevor Sie das Formular der Lehrperson übergeben:**

Name des Kindes: .....

Datum: ..... Unterschrift Erziehungsberechtigte: .....

### INFORMATIONEN FÜR DIE LEHRPERSON

Der/die oben genannte Schüler/Schülerin bewirbt sich um die Aufnahme bei der International School of Zug and Luzern (ISZL). ISZL ist eine englischsprachige, unabhängige «World IB School» mit circa 1'300 Schülern/Schülerinnen im Alter von 3 bis 18 Jahren. Wir würden es sehr schätzen, wenn Sie das vorliegende Formular ausfüllen und sobald wie möglich an uns zurücksenden könnten. Wir haben die Familie des Schülers/der Schülerin in Bezug auf jede lern- oder verhaltensbezogenen Fragestellungen um komplette Offenheit gebeten, um sicherzustellen, dass wir das passende Programm für diesen Schüler/diese Schülerin haben. Die Entscheidung über die Aufnahme wird nach Prüfung der Einschätzung, der Zeugnisse und weiterer relevanter Informationen durch das Aufnahmeteam sowie die Schulleitung und – falls zutreffend – die Sonderpädagogen/innen getroffen. Schüler/innen, deren erste oder beste Sprache nicht Englisch ist, müssen unter Umständen das Programm «Englisch als Fremdsprache (EAL)» absolvieren.

### Angaben Bewerber/in und Lehrperson

Name des Kindes: ..... Derzeitige Klasse: .....

Name der Schule: .....

Adresse der Schule: .....

Unterrichtssprache: .....

Name der Lehrperson: .....

Position: ..... Zeitraum des gemeinsamen Unterrichts: .....

E-Mail-Adresse: .....

### Beurteilung

**1) Bitte beurteilen Sie folgende Fähigkeiten, indem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen:**

	Grund zur Sorge	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
Entwicklung der schulischen Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fokus und Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mündliche Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathematisches Verständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Selbstdisziplin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präsenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bewerber/innen für unser Kindergartenprogramm (3–5 Jahre) bitten wir um zusätzliche Informationen:**

	Grund zur Sorge	Zufriedenstellend	Gut	Ausgezeichnet
Umgang des Kindes mit der Trennung zwischen ihm und den Erziehungsberechtigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht alleine auf die Toilette	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

**2) Bitte nennen Sie vier Adjektive, die den Schüler/die Schülerin beschreiben:**

1) ..... 2) .....  
3) ..... 4) .....

**3) Was sind die Stärken dieses Schülers/dieser Schülerin?**

Bitte beschreiben: .....  
.....

**4) Gibt es einen Bereich, in welchem der Schüler/die Schülerin Unterstützung braucht?**

Bitte beschreiben: .....  
.....

**5) Hat der Schüler/die Schülerin Ihres Wissens nach jemals eine der folgenden Leistungen erhalten?  
(während der Schulzeit oder ausserhalb):**

Lernunterstützung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sozial-emotionale Beratung oder Therapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gutachten schulischer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gutachten psychologischer Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Englisch als Fremdsprache	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beschäftigungs- oder Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Falls Sie mit «Ja» geantwortet haben, bitte erläutern: .....  
.....

**6) War der Schüler/die Schülerin jemals Teil ernsthafter Disziplinar massnahmen?**  Ja  Nein

Falls Sie mit «Ja» geantwortet haben, bitte erläutern: .....  
.....

**7) Gibt es zusätzliche Informationen aus dem persönlichen Umfeld des Schülers/der Schülerin,  
die seinen/ihren Schulalltag beeinflussen könnten?**  Ja  Nein

Falls Sie mit «Ja» geantwortet haben, bitte erläutern: .....  
.....

**8) Auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 10 (ausserordentlich) wie stark unterstützen die  
Erziehungsberechtigten des Schülers/der Schülerin seine/ihre schulische Ausbildung?**

Zutreffendes bitte einkreisen: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zusätzliche Kommentare: .....  
.....

**9) Ich empfehle diesen Schüler/diese Schülerin für die Aufnahme:**

Enthusiastisch  Zuversichtlich  Unter Vorbehalt  Keinesfalls

Zusätzliche Kommentare: .....  
.....

**ISZL hat rigide Kinderschutzrichtlinien, in welchen der Schutz des Kindes über allem steht.  
Gibt es diesbezüglich irgendwelche Fakten, die wir wissen sollten? Falls ja, schreiben Sie uns  
bitte den Namen und die E-Mail-Adresse der Kontaktperson.**  Ja  Nein

Name: ..... E-Mail-Adresse: .....

**Sollten Sie mit jemandem aus unserem Kinderschutzteam oder mit unserem Schuldirektor sprechen wollen, so kontaktieren Sie uns bitte unter +41 41 768 2900.**

**► BITTE UNTERSCHREIBEN SIE HIER:**

Datum: ..... Unterschrift Lehrperson: .....