Bezirksschulen Schwyz

swiss olympic PARTNER SCHOOL

BEWERBUNG ZUR AUFNAHME IN DIE TK MPS SCHWYZ

„GEMEINSAM AN DIE SPITZE“

Schülerin / Schüler

Name:		**Strasse:**	
Vorname:		**PLZ / Ort:**	
Geburtsdatum:		**Gemeinde:**	
Geschlecht:	☐ **weiblich** ☐ **männlich**	**Kanton:**	
AHV-Nr:		**Telefon:**	
Heimatort:		**Natel:**	
Muttersprache:		**E-Mail:**	
Konfession:		**Nationalität:**	

Eltern / Erziehungsberechtigte

	Vater	**Mutter**	**Erziehungsberechtigte** (falls nicht Vater oder Mutter)
Name:			
Vorname:			
Erziehungsberechtigt:	☐ **ja**	☐ **ja**	
		☐ **beide**	
Adresse	(nur ausfüllen, wenn anders als bei der Schülerin/dem Schüler)		
Strasse:			
PLZ/Ort:			
Gde. / Kanton:			
Telefon/Natel:			
E-Mail:			

Bezirksschulen Schwyz

swiss olympic PARTNER SCHOOL

Angaben zum Talentbereich

Bereich Kunst (Tanz, Musik, Zeichnen / Gestalten usw.)	
Richtung:	
Instrument:	
Niveau:	
Bisherige Förderung im Talentbereich:	
Zeitlicher Aufwand für Üben / Training pro Woche:	

Bereich Sport (Skifahren, Tennis, Fussball, Handball, Eishockey, Leichtathletik, Kunstturnen, usw.)	
Sportart:	
Kaderbezeichnung:	
Swiss Olympic Talent-Card:	☐ ja ☐ nein Nummer:
Anzahl Wettkämpfe / Spiele pro Jahr:	
Trainingslager während der Schulzeit:	☐ ja ☐ nein
Zeitlicher Aufwand für Üben / Training pro Woche:	

Bezirksschulen Schwyz

swiss olympic PARTNER SCHOOL

Vom Club / Verein oder von Tanz- / Kunst- / Musikschule auszufüllen

Club / Verein / Tanz- / Kunst- / Musikschule

Kontaktperson / BetreuerIn

Name:	_____	**Vorname:**	_____
Strasse:	_____	**PLZ / Ort:**	_____
Telefon P:	_____	**Telefon G:**	_____
E-Mail:	_____	**Natel:**	_____

TrainerIn / LehrerIn: *(wenn nicht gleich wie oben)*

Name:	_____	**Vorname:**	_____
Strasse:	_____	**PLZ / Ort:**	_____
Telefon P:	_____	**Telefon G:**	_____
E-Mail:	_____	**Natel:**	_____
Ausweise / Diplome:	_____		

Provisorische Empfehlung durch den Talentpartner.
(Definitive Empfehlung des Talentpartners erfolgt in einem zweiten Schritt.)

Kontaktperson:	_____	**Homepage:**	_____
Strasse:	_____	**PLZ / Ort:**	_____
Telefon P:	_____	**E-Mail:**	_____
Datum:	_____	**Unterschrift:**	_____

Unterschriften:

Schülerin/Schüler **Eltern / gesetzlicher Vertreter**

_____ _____

Ort / Datum: _____

Talentklassen MPS Schwyz | Koordinator Michael Gabriel | michael.gabriel@bezirksschulenschwyz.ch
Rubiswilstrasse 37 | 6438 Ibach | Tel 041 819 00 33 | https://www.bezirksschulenschwyz.ch/