

Die Ausbildung an der Jüdischen Schule Noam (Noam) steht allen jüdischen Kindern offen. Kinder werden grundsätzlich aufgenommen, wenn sie nach Einschätzung der Schulleitung vom Angebot der Noam gemäss unserem Schulprogramm profitieren und die Bedürfnisse des Kindes mit den vorhandenen Ressourcen der Schule abgedeckt werden können.

Für unsere Beurteilung bitten wir Sie, uns einige notwendige Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Bitte lesen Sie das folgende Formular aufmerksam durch und beachten Sie, dass wir neben dem ausgefüllten Formular eventuell weitere Beilagen von Ihnen benötigen, damit wir mit dem Aufnahmeverfahren beginnen können.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung (044 289 66 66).

Bitte senden Sie das Formular und die Beilagen an:

Jüdische Schule Noam, Frau Corinne Held, Grütlistrasse 68, 8027 Zürich (info@noam.ch)

Personalien der Schülerin/des Schülers

Name

Vorname

Hat Ihr Kind die Primarschule der Jüdischen Noam besucht? ja nein

Falls ja, fahren Sie auf Seite 5 weiter.

Falls nein, füllen Sie bitte die nachstehenden Fragen aus:

Vorname Jüdisch (korrekte Schreibweise mit hebräischen Buchstaben)

Strasse.....

PLZ und Ort

Geburtsdatum.....

Geburtsort

Nationalität und Bürgerort

AHV-Nummer (vgl. Karte Krankenkasse) 756.

Muttersprache(n), Erstsprache(n)

Weitere Sprachen mündlich / schriftlich

.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse der Eltern/Erziehungsberechtigten

Mutter gleiche Adresse wie Vater <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachname/Vorname	Vater gleiche Adresse wie Mutter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachname/Vorname
Strasse	Strasse
PLZ und Ort	PLZ und Ort
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

Rechnungsadresse

Siehe oben: Eltern/Erziehungsberechtigte ja nein

andere

Name

Vorname

c/o.....

Strasse.....

PLZ und Ort

Telefon.....

E-Mail.....

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, das Schulgeld termingerecht zu begleichen.

Weitere Informationen zum Kind

Sind Sie Mitglied einer jüdischen Gemeinde **in der Schweiz?** ja nein

Falls **ja**, welche:

Ist die Mutter des Kindes jüdisch geboren, dann überspringen Sie Teil A und setzen das Formular bei Teil B fort. Falls nicht, bitten wir Sie, Teil A auszufüllen.

Teil A

Ist das Kind jüdisch? ja nein

Bitte legen Sie entsprechende Belege bei, die dies bestätigen (dies kann ein Schreiben des Rabbinats Ihrer Gemeinde oder ein Gijur-Zeugnis sein).

Beilagen: Gijur-Zeugnis Bestätigung Rabbinat / religiöser Rat (מעצה דתית)

Ist die Mutter Mitglied einer jüdischen Gemeinde? ja nein

Falls ja, welcher? _____

Ist der Vater Mitglied einer jüdischen Gemeinde? ja nein

Falls ja, welcher? _____

Kontakt zur früheren jüdischen Gemeinde (Name, Adresse, Telefon) _____

Teil B

Bisher besuchte Kindergärten, Schulen

Name/Ort der Institution	Kindergarten			Primarschule					
	1	2	3	1	2	3	4	5	6

Aktuell verantwortliche Lehrpersonen _____

Das beiliegende Feedback-Formular soll direkt von der besuchten Schule an die Noam geschickt werden.

Darf die Noam die Lehrperson/Schulleitung direkt kontaktieren? ja nein

Wurde Ihr Kind im Ausland eingeschult? ja nein

Falls ja: Bitte legen Sie die letzjährigen Schulzeugnisse (profan und jüdisch) bei.

Beilagen: Schulzeugnisse (profan und jüdisch)

Medizinischer Hintergrund

Hatte oder hat Ihr Kind:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Hörprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Sehprobleme | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Grob- und/oder feinmotorische Entwicklungsverzögerungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Diagnostizierte Lernschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Epilepsie, Krämpfe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Logopädische Therapie | seit wann: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychomotorische Therapie | seit wann: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psychotherapeutische Therapie | seit wann: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schulische Abklärung | Datum: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Beilage: Abklärungsbericht

andere:

.....
.....
.....

Muss Ihr Kind eine Diät einhalten (z.B. Laktose-Intoleranz)? ja nein

.....

Leidet Ihr Kind an Allergien? ja nein

.....

Muss Ihr Kind regelmässig Medikamente zu sich nehmen? ja nein

.....

Gibt es noch etwas, das wir in medizinischer Hinsicht über das Kind oder die Familie wissen müssen?

.....
.....
.....

Erlaubnis zur Weitergabe persönlicher Daten an Drittpersonen (Vorname, Nachname, Adresse, Geburtstag, Klasse)

Die nachstehende Bestätigung erlaubt es der Schule, die oben erwähnten persönlichen Daten soweit erforderlich und sinnvoll an Dritte (z.B. Schulbehörde, Schulzahnklinik etc.) weiterzugeben.

Ort und Datum:

Unterschrift der Mutter:.....

Unterschrift des Vaters:.....

Recht am Bild

Mit ihrer Unterschrift erklären sich die Eltern/Erziehungsberechtigten einverstanden, dass Fotos und Filmaufnahmen ihrer Tochter/ihres Sohnes

- in Broschüren/Printmedien/auf Karten/in Mailings abgebildet werden dürfen
- an internen Veranstaltungen/Screen der Noam gezeigt werden dürfen
- zu schulischen Zwecken und zur internen Lehrerfortbildung gemacht werden

Ort und Datum:

Unterschrift der Mutter:.....

Unterschrift des Vaters:.....

Gesundheitsvereinbarung

Wir/ich als Elternteil/erziehungsberechtigte Person bestätige(n), dass in Bezug auf den Gesundheitszustand des angemeldeten Kindes alle Angaben nach bestem Wissen ausgefüllt wurden und keine Informationen zurückbehalten werden. Wir/ich sind/bin einverstanden, die Schule zu informieren, sofern sich etwas daran ändert.

Ort und Datum:.....

Unterschrift der Mutter:.....

Unterschrift des Vaters:.....

Schulbestimmungen und Schulgeld

Mit ihrer Unterschrift anerkennen die Eltern/Erziehungsberechtigten die Schulbestimmungen sowie das Schulgeld, wie sie in der aktuellen und auf der Noam Website publizierten Schulbestimmungen festgelegt sind. (vgl. www.noam.ch)

Das Schulgeld ist – wie bereits erwähnt – monatlich im Voraus zahlbar und fällig am 1. jeden Monats. Die Eltern/Erziehungsberechtigten bestätigen mit ihrer Unterschrift, das Schulgeld fristgerecht zu begleichen.

Ort und Datum:.....

Unterschrift der Mutter:.....

Unterschrift des Vaters:.....

Schulgelderleichterung

Kein Kind soll aus finanziellen Gründen die Noam nicht besuchen können. Aus diesem Grund wurde die Stiftung Stipendienfonds der Jüdischen Schule „NOAM“ ins Leben gerufen. Im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der Stiftung können auf begründetes Gesuch hin Schulgelderleichterungen gewährt werden. Der Stipendienfonds kann unter stipendienfonds@noam.ch kontaktiert werden.

Anmeldeschluss: 28. Februar 2026

Gebühr bei verspäteter Anmeldung: CHF 200.00

- Anmeldungen, die fristgerecht für das kommende Schuljahr eingehen, sind gebührenfrei.
- Anmeldungen nach Anmeldeschluss oder Anmeldungen für die Einschulung im laufenden Schuljahr werden erst nach Erhalt der Anmeldegebühren bearbeitet.
- Bei Anmeldungen nach Anmeldeschluss oder bei Anmeldungen für die Einschulung im laufenden Schuljahr werden die Lehrmittel den Eltern in Rechnung gestellt.

Jüdische Schule Noam, Postfach, 8027 Zürich, info@noam.ch

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Eltern/Erziehungsberechtigten die Richtigkeit der Angaben dieser Schulanmeldung.

Ort und Datum:

Unterschrift der Mutter:

Unterschrift des Vaters:.....

Beilagen (falls erforderlich)

- Bestätigung Rabbinat / religiöser Rat (מועצה דתית)
 Gijur-Zeugnis
 Zeugnisse des letzten Schuljahres (profan und jüdisch)
 Abklärungsbericht
 andere:

Feedback-Formular der letzten Schule soll direkt von der besuchten Schule an die Noam geschickt werden.

Feedback Formular

Formular muss von Lehrperson(en) der besuchten Schule ausgefüllt werden

Das nachstehend genannte Kind ersucht um Aufnahme an der Jüdischen Schule Noam, weshalb wir Sie bitten, dieses Formular auszufüllen. Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Bemühungen und versichern Ihnen, dass die Angaben vertraulich behandelt werden. Bitte senden Sie das Formular an: info@noam.ch.

Nachname/Vorname des Kindes

Klasse

Seit wann kennen Sie das Kind? In welcher Funktion haben Sie das Kind unterrichtet?

Haben Sie oder Ihre Schule folgende Förderungen/Abklärungen angeordnet?

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| DaZ als Zweitsprache | ja <input type="checkbox"/> | IF Integrative Förderung | ja <input type="checkbox"/> |
| Hochbegabtenförderung | ja <input type="checkbox"/> | Psychologische Abklärung | ja <input type="checkbox"/> |
| Gesamtabklärung (SPD) | ja <input type="checkbox"/> | Andere Abklärungen* | ja <input type="checkbox"/> |

*Andere Abklärungen: _____

Welche der oben erwähnten Förderungen/Abklärungen empfehlen Sie zur Weiterführung im kommenden Schuljahr?

Befindet sich das Kind bereits in einer Abklärung/Therapie?

nein ja Abklärung/Therapie: _____

Wie beurteilen Sie das Kind in Bezug auf seinen Voraussetzungen für den Eintritt in die Sekundarschule

Körperliche und gesundheitliche Voraussetzungen	Soziale und emotionale Voraussetzungen	Intellektuelle Voraussetzungen	Ivrith-Kenntnisse
<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> sehr gut
<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> gut
<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> befriedigend
<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> schwach	<input type="checkbox"/> schwach

Gibt es bezüglich der aufgelisteten Kompetenzbereiche etwas, das wir über das Kind wissen müssen (Stärken/Schwächen)?

Nachname/Vorname

Position

Telefon

E-Mail

Stempel (Name/Adresse) Schule

Unterschrift Lehrperson

Ort/Datum