



Anmeldung

Abklärung Logopädie

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Mobile	<input type="text"/>
Vater	<input type="text"/>	Sprache Vater	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>	Sprache Mutter	<input type="text"/>
Geschwister, Jg.	<input type="text"/>	Sprache Familie	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Klasse	<input type="text"/>	Schulhaus	<input type="text"/>
IF-Lehrperson	<input type="text"/>	Lehrperson	<input type="text"/>

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Bisherige Abklärungen: SPD PMT Kinderarzt kinderpsychiatrisch HFD
- Letzte Gehörsabklärung am:
- Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien oder Unterstützung? nein ja

Wenn ja, welche:

- Ist das Kind zurzeit in einer Therapie? nein ja

Wenn ja, welche und bei wem:

Braucht es einen Dolmetscher für das Abklärungsgespräch? ja nein

Anmeldegrund:

Ort und Datum:

Unterschrift Eltern: