

Anmeldung zur logopädischen Abklärung für Eltern von Schulkindern

Kind

Geschlecht W M

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Nationalität

Muttersprache (n)

Mutter

Vater

Name

Name

Vorname

Vorname

Beruf

Beruf

Sprache

Sprache

Telefon

Telefon

Mail

Mail

Dolmetschdienst Nein
 Ja, Sprache

Dolmetschdienst Nein
 Ja Sprache

Schule

Schulhaus, Ort

Klasse/Niveau

Telefon
Mail

Name, Vorname Klassenlehrperson

Telefon
Mail

Name, Vorname IF-Lehrperson

Weitere involvierte Fachpersonen und Fachstellen

Aktuelle Abklärungen/Therapien Keine

Ja:

Fachstelle

Fachperson

Bisherige Abklärungen/Therapien Keine

Schulpsychologischer Dienst

Psychomotoriktherapie

Heilpäd. Früherziehung

Kinderarzt

Weitere:

Letzte Gehörabklärung (HNO)

Datum

Grund der Anmeldung

Besondere Stärken/Interessen des Kindes

Auswirkungen der sprachlichen Schwierigkeiten im Alltag des Kindes?

Datum, _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Bitte schicken Sie die Anmeldung aus Datenschutzgründen per Post an folgende Adresse:

Logopädischer Dienst, Dorfstrasse 2, 6030 Ebikon