

Anmeldung zur logopädischen Abklärung für Vorschulkinder

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

Nutzen Sie für Ihr Kind ein Betreuungsangebot?

Nein

Ja (Bitte vervollständigen Sie die folgenden Angaben):

Kindertagesstätte Spielgruppe Tagesmutter Andere:

Name, Ort des Betreuungsangebots / Leitung: Vorname, Name, E-Mail, Telefonnummer

Seit wann und wie oft wird Ihr Kind betreut?

Welche Sprache hört Ihr Kind im Betreuungsangebot?

Welche Sprache(n) sprechen Sie innerhalb der Familie?

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/Kinderarzt)

Datum

Grund der Anmeldung

Besondere Stärken/Interessen des Kindes

Datum, _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte

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

Logopädischer Dienst, Dorfstrasse 2, 6030 Ebikon