

Anmeldung zur logopädischen Abklärung für Lehr- und Fachpersonen

Kind

Geschlecht W M

Name, Vorname

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Nationalität

PLZ / Ort

Muttersprache(n)

Mutter

Name, Vorname

Vater

Name, Vorname

Beruf

Beruf

Sprache

Sprache

Telefon

Telefon

Mail

Mail

Dolmetschdienst Nein
 Ja, Sprache: _____

Dolmetschdienst Nein
 Ja, Sprache: _____

Schule

Schulhaus, Ort

Klasse/Niveau

Name, Vorname Klassenlehrperson

Telefon

Mail

Name, Vorname IF-Lehrperson

Telefon

Mail

Weitere involvierte Fachpersonen und Fachstellen

Aktuelle Abklärungen/Therapien Keine

Ja:

Bisherige Abklärungen/Therapien Keine

Schulpsychologischer Dienst

Psychomotoriktherapie

Heilpäd. Früherziehung

Kinderarzt

Weitere:

Letzte Gehörabklärung (HNO) am:

Datum

Grund der Anmeldung

Bitte ankreuzen

- Mehrsprachigkeit:** Das Kind hat regelmässigen Deutschkontakt (z.B. deutschsprachige Betreuungspersonen, Kita, Spielgruppe etc.) seit: _____
- Die **Bedingungen** für die Therapie wurden mit den Eltern besprochen (wöchentlich bringen/holen, Mitarbeit zu Hause).
- Die **Anmeldung** am logopädischen Dienst wurde mit dem Kind besprochen und es ist motiviert für die Therapie (zusätzliche Hausaufgaben).

Beobachtungen

Kommunikation (Blickkontakt, Bedürfnisse mitteilen, Dialogfähigkeit)

Sprachverständnis (Aufträge und Geschichten verstehen können)

Sprachproduktion (Satzbildung, Aussprache, Wortschatz, zusammenhängendes Erzählen, Sprechflüssigkeit, Stimme)

Verhalten (Interaktion mit Gleichaltrigen, Lernverhalten, auditive / visuelle Wahrnehmung)

Weitere Beobachtungen

Fragen an die Eltern

Welches sind besondere Interessen/Stärken Ihres Kindes?

Welche Auswirkungen haben die oben beschriebenen Schwierigkeiten im Alltag?

Datum:

Unterschrift Erziehungsberechtigte (zwingend)

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

Logopädischer Dienst, Dorfstrasse 2, 6030 Ebikon