**Anmeldung zur logopädischen Abklärung für Kindergarten- und Schulkinder**

**Kind**

Name hier Text eingeben Vorname hier Text eingeben

Strasse hier Text eingeben Geburtsdatum hier Text eingeben

PLZ / Ort hier Text eingeben Klasse/Niveau hier Text eingeben

Geschlecht Auswahl Nationalität hier Text eingeben

Dolmetscher notwendig Auswahl Sprache hier Text eingeben

**Mutter Vater**

Name hier Text eingeben Name hier Text eingeben

Vorname hier Text eingeben Vorname hier Text eingeben

Beruf hier Text eingeben Beruf hier Text eingeben

Telefon hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Mail hier Text eingeben Mail hier Text eingeben

Dolmetscher notwendig Auswahl Dolmetscher notwendig Auswahl

Sprache hier Text eingeben Sprache hier Text eingeben

**Lehrpersonen**

Schulhaus hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Lehrperson hier Text eingeben IF-Lehrperson hier Text eingeben

Telefon hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Mail hier Text eingeben Mail hier Text eingeben

**Involvierte Fachpersonen und Fachstellen**

**Aktuelle Unterstützungsmassnahmen/Therapien** (SPD, LPD, PMT, SSA, jufa, HFD, KJPD, Kinderarzt, andere)

hier Text eingeben hier Text eingeben

hier Text eingeben hier Text eingeben

**Bisherige Abklärungen/Therapien/Massnahmen** (SPD, LPD, PMT, SSA, jufa, HFD, KJPD, Kinderarzt, andere)

hier Text eingeben hier Text eingeben

hier Text eingeben hier Text eingeben

**Letzte Gehörabklärung (HNO/Kinderarzt)** hier Text eingeben

**Grund der Anmeldung/Bericht über das Kind**

**Grund der Anmeldung**

hier Text eingeben

**Besondere Stärken/Interessen des Kindes**

hier Text eingeben

**Auswirkungen der sprachlichen Schwierigkeiten im Alltag des Kindes?**

hier Text eingeben

**Datum:** Datum

**Unterschrift Erziehungsberechtigte**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie die Anmeldung aus Datenschutzgründen per Post oder digital verschlüsselt.**

Logopädischer Dienst, Dorfstrasse 2, 6030 Ebikon
logopaedie@schuldienste-rontal.ch