

Anmeldung Logopädischer Dienst für Vorschulkinder

Kind

Name	Vorname
Strasse	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Klasse/Niveau
Geschlecht	Nationalität
Dolmetscher notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache

Mutter

Name
Vorname
Beruf
Telefon
Mail
Dolmetscher notwendig ja nein
Sprache

Vater

Name
Vorname
Beruf
Telefon
Mail
Dolmetscher notwendig ja nein
Sprache

Involvierte Fachpersonen und Fachstellen

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

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

Letzte Gehörabklärung (HNO/Kinderarzt)

Nutzen Sie für Ihr Kind ein Betreuungsangebot?

Kindertagesstätte Spielgruppe Tagesmutter Andere:

Name, Ort des Betreuungsangebots/Leitung

Seit wann und wie oft wird Ihr Kind betreut?

Welche Sprache hört Ihr Kind im Betreuungsangebot?

Welche Sprache(n) sprechen Sie innerhalb der Familie?

Grund der Anmeldung

Besondere Stärken/Interessen des Kindes

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