Logopädischer Dienst

Zweigstelle Eschenbach

Schulhausweg 9

6274 Eschenbach

Tel. 041 449 40 98

**Anmeldeformular zur logopädischen Abklärung**

**Personalien des Kindes**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:       | Geburtsdatum:       |
| Vorname:       | Nationalität:       |
| Adresse:       | Telefon:       |
| PLZ/Ort:       | Muttersprache:       |
| Seit wann ist das Kind regelmässig mit der deutschen Sprache in Kontakt?      |

**Personalien der Eltern**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien der Mutter** | **Personalien des Vaters** |
| Name:       | Name:       |
| Vorname:       | Vorname:       |
| Adresse:       | Adresse:       |
| PLZ Ort:       | PLZ Ort:       |
| Nationalität:       | Nationalität:       |
| Tel. Privat:       | Tel. Privat:       |
| Tel. Geschäft:       | Tel. Geschäft:       |
| Tel. Mobil:       | Tel. Mobil:       |
| E-Mail:       | E-Mail:       |
| Elterliches Sorgerecht:       |

**Geschwister** (Name, Geburtsjahr, Klasse)

|  |
| --- |
|       |
|       |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Anmeldegrund**       |
| Zuweisung durch:       |
| **Spielgruppe/Kindergarten/Schule/Klasse** (unser Kind besucht zurzeit)      |
|       |
| **Lehrperson** (Name, Adresse und Telefon)      |
|       |
| **Hausarzt** (Name, Adresse und Telefon)      |
|       |
| **Spezialarzt, Kinderarzt** (Name, Adresse und Telefon)      |
|       |
| **Bisherige Therapien/Abklärungen** |
| [ ]  Physiotherapie | [ ]  Ergotherapie |
| [ ]  Psychotherapie | [ ]  Heilp. Früherziehung/Beratung |
| [ ]  Schulpsychologischer Dienst |  |
| [ ]  Andere:  |
| Ort, Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten      |
|       |