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 | |
|  | |