

Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

(durch Erziehungsberechtigte)

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse: _____

Lehrperson: _____

Erziehungsberechtigte Person (E1):

Name, Vorname: _____

Adresse E1: _____

E-Mail, Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Erziehungsberechtigte Person (E2):

Name, Vorname: _____

Adresse E2: _____

E-Mail, Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Name/Adresse Hausarzt: _____

Anmeldegrund:

Wer hat die Schwierigkeiten festgestellt: Lehrperson Eltern _____

Weitere Massnahmen/Abklärungen: DaZ IF Logo PMT SPD
 KJPD Kinderspital _____

Grund:

Wurde das Kind ärztlich untersucht (Augen/Gehör/Motorik):

Dieses Formular muss von allen erziehungsberechtigten Personen unterschrieben werden

Datum, Unterschrift E1: _____

Datum, Unterschrift E2: _____