

# Anmeldung zur logopädischen Abklärung

(durch Erziehungsberechtigte)

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erstsprache: \_\_\_\_\_

Deutsch seit: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Lehrperson: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigte Person (E1):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse E1: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigte Person (E2):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse E2: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name/Adresse Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anmeldegrund: \_\_\_\_\_

Wer hat die Schwierigkeiten festgestellt:  Lehrperson  Eltern  \_\_\_\_\_

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

Grund für weitere Massnahmen/Abklärungen: \_\_\_\_\_

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

***Dieses Formular muss von allen erziehungsberechtigten Personen unterschrieben werden***

Datum, Unterschrift E1: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift E2: \_\_\_\_\_