**Anmeldung zur logopädischen Abklärung**

(kann elektronisch ausgefüllt werden -> *BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN*)

**Anmeldung durch:**

**Personalien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Ort |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
| Nationalität |  | Muttersprache |  |
| Übersetzung notwendig für Kind ja [ ]  nein [ ]  |
|  |
|  | Klasse | Name der Lehrperson / LeiterIn | Telefonnummer | E-Mail |
| [ ]  Kleinkind |  |
| [ ]  Spielgruppe |  |       |  |  |
| [ ]  Kindergarten |  |  |  |  |
| [ ]  Basisstufe |  |  |  |  |
| [ ]  Klasse |  |  |  |  |
| [ ]  Kantonsschule |  |  |  |  |

**Eltern / Erziehungsberechtigte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname Mutter |  | Name, Vorname Vater |  |
| Adresse (wenn nicht identisch mit Kind) |  | Adresse (wenn nicht identisch mit Kind) |  |
| Nationalität der Mutter:  | Nationalität des Vaters:  |
| Telefon  | Mobil  |
| E-Mail der Eltern |  |
| Übersetzung notwendig für Eltern ja [ ]  nein [ ]  |

**Grund der Anmeldung** (kurze Beschreibung)

**Gegenwärtige oder frühere Therapien:**

**Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten:**

* Wir sind einverstanden, dass mit involvierten Fachpersonen Informationen über unser Kind ausgetauscht

werden, die für die logopädische Therapie unseres Kindes notwendig sind: ja [ ]  nein [ ]

* Wir sind einverstanden, dass für interne fachliche und diagnostische Zwecke in der Abklärung/Therapie
Tonband-/Videoaufnahmen oder Fotos gemacht werden: ja [ ]  nein [ ]

**Erziehungsberechtigte** Datum:       Unterschrift:

 ……............... ………………………………………………

**Lehrpersonen/** Datum:       Unterschrift:

**LeiterInnen** ……............... ………………………………………………