**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** ……............... ………………………………………………