**Kinderanmeldung**

**Heilpädagogische Früherziehung  Massnahme bei Sehschädigung**

**Psychomotoriktherapie  Audiopädagogik**  **Logopädie**

|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldedatum |  |
| **Name/Vorname Kind** |  |
| Geburtsdatum |  |
| Strasse und Wohnort |  |
| Telefonnummer |  |
| Name/Vorname Mutter |  |
| Name/ Vorname Vater |  |
| Erstsprache |  |
| Erziehungsberechtigte sind mit Anmeldung einverstanden | ja  nein |
| Anmeldung durch  (Name, Tel., Funktion) |  |
|  |  |
| **Problemstellung** |  |
| Andere Therapien |  |
|  |  |
| **Kindergarten**  Kindergartenlehrperson/SHP  (Name, Tel.) | Regelkindergarten  Sonderschule (ISS)  1. Jahr  2. Jahr |
| **Schule**  Klassenlehrperson/SHP  (Name, Tel.) | Regelschule  Sonderschule (ISS)  Klasse: |
|  |  |
| Intern aufgenommen von/am: |  |