

Meldeformular Logopädie

Angemeldet durch:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lehrerin | <input type="checkbox"/> KindergärtnerIn |
| <input type="checkbox"/> Eltern | <input type="checkbox"/> Schulpflege |
| <input type="checkbox"/> SchulpsychologIn | <input type="checkbox"/> Logopädin: Name |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | |

Personalien des Kindes

Name: _____ Geb. Dat: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Personalien der Eltern: (bitte gesetzliche Vertreter unterstreichen)

Name/Vorname des Vaters: _____
Name/Vorname der Mutter: _____
Telefon privat / Mobile: _____
Sorgeberechtigter Elternteil (bei Scheidung/Trennung) falls Adresse anders als Schüleradresse
 Vater, Adresse: _____
 Mutter, Adresse: _____

Kindergarten / Schule:

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Kindergarten in: _____ | KindergärtnerIn: _____ |
| Kindergartenjahr: _____ | Tel. Kindergarten: _____ |
| Schule in: _____ | LehrerIn: _____ |
| Klasse: _____ | Tel. Schule: _____ |

Bisherige Abklärungen:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde das Kind bereits schulpsychologisch abgeklärt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja durch wen / Ort: _____ | Datum: _____ | |
| Besucht das Kind Therapien? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja welche / Ort: _____ | Datum: _____ | |

Mit dieser Anmeldung geben wir das Einverständnis, dass sich die Logopädin mit Lehrpersonen, Schulleiter und Fachpersonen über unser Kind austauschen darf.

Einverständnis der Eltern:

Unterschrift: _____ Datum: _____





Formular weiterleiten an Sekretariat



Bewilligung für Erstabklärung:

Bewilligt: _____

Datum: _____

Schulleitung: _____



Formular weiterleiten an Logopädin



Antrag für Therapie:

Erstabklärung am: _____

durch: _____

Therapie:

Nein

Ja

sofort

Beginn: _____

wie oft: _____

Dauer: _____

Warteliste

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Logopädin: _____

Abklärung



Formular weiterleiten an Sekretariat



Bewilligung für Therapie:

Bewilligt: _____

Datum: _____

Schulleitung: _____



Formular weiterleiten an Logopädin



Therapieunterbruch:

Unterbruch am: _____

Wiederaufnahme am: _____

Nachkontrolle in: _____

Therapieabschluss am: _____

Schulwechsel

Nicht mehr nötig

Anderes

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Logopädin: _____

Therapie



Formular weiterleiten an Sekretariat und zurück an Dossier Logopädin

