

Alexander Kammermeier – Tel. 061 756 78 46 (Montag bis Freitag)
E-Mail: alexander.kammermeier@aesch.bl.ch

Johanna Messerschmid – Tel. 061 756 78 45 (Mittwoch und Freitag)
E-Mail: johannalucia.messerschmid@aesch.bl.ch

Nicole Steiner – Tel. 061 756 78 45 (Montag, Dienstag und Freitag)
E-Mail: nicole.steiner@aesch.bl.ch

Anmeldung zur logopädischen Abklärung

Kinderdaten:

Name:	.....	Vorname:	.....
Strasse:	.....	PLZ, Ort:	.....
Muttersprache:	.....	Geburtsdatum:	.....
Weitere Sprachen:	.....	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge
Spricht Deutsch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein		
Besucht:	<input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Primararschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule
Stufe:	.....	Schulgemeinde:	.....
Lehrperson:	.....	E-Mail:	.....
Empfehlung von:	.....	Telefon:	.....
		E-Mail:	.....
		Telefon:	.....

Das Kind bekommt:

- | | | |
|----------------|---------------|--------------------------------|
| Physiotherapie | Psychomotorik | Heilpädagogik im Kindergarten |
| Psychotherapie | Inso | Heilpädagogische Früherziehung |
| IV | Ergotherapie | Ergotherapie |
| ISF | DaZ | sonstiges: |

Grund der Anmeldung:

.....

.....

Elterndaten:

Elternteil 1:

Anrede: Herr Frau

Name / Vorname:

Strasse Nr. / PLZ, Ort:

Telefon / E-Mail:

Elternteil 2:

Anrede: Herr Frau

Name / Vorname:

Strasse Nr. / PLZ, Ort:

Telefon / E-Mail:

Erziehungsberechtigt: beide Elternteile Elternteil 1

Ort/Datum: Unterschriften: /

