

Anmeldung zur Abklärung

Datum: _____

Bitte bringen Sie die ausgefüllte Anmeldung mit an die Abklärung. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

AHV-Nummer des Kindes: _____

Telefonnummer Mutter/Vater: _____ / _____

E-Mail: _____

Name und Vorname der Mutter: _____

Name und Vorname des Vaters: _____

Beruf der Mutter/des Vaters: _____ / _____

AHV-Nummer von einem Elternteil: _____

Geschwister (mit Jahrgang): _____

Zuweisung durch: _____

Kinderarzt (mit Adresse): _____

Das Kind besucht (bitte unterstreichen):

Spielgruppe Heilpädagogische Früherziehung Physiotherapie Ergotherapie

Kita Tagesmutter Sonstiges: _____

An welchen Halbtagen, kann Ihr Kind nicht in die logopädische Therapie kommen: