

## Anmeldung

### Logopädischer Dienst Surselva

Vorname/Name des Kindes \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Vorname/Name der Mutter \_\_\_\_\_

Vorname/Name des Vaters \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Plz/Ort \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Einverständnis der Eltern liegt vor  ja  nein

**Bitte füllen Sie Seite 1 und 2 aus und senden Sie dieses Formular per Post an:**

**Bildungszentrum Surselva**  
Logopädischer Dienst Surselva  
Paradiesgärtli 1  
7130 Ilanz

***Vom Logopädischen Dienst Surselva auszufüllen:***

Angemeldet von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Überwiesen an \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Therapeutinnenwechsel \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Kein Therapiebedarf

Therapiebeginn am \_\_\_\_\_ Therapieende am \_\_\_\_\_

Logopädin \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Anmeldung Logopädie**

**Datum:**

**Logopädie im Frühbereich/  
nachobligatorischer Bereich**

**Logopädie im Schulbereich**

**ISS**

**Name/Vorname Kind**

---

**Adresse**

---

**Tel. Nr.**

---

**E-mail-Adresse**

---

**Geburtsdatum**

---

**Name/Vorname**

**Erziehungsberechtigte**

---

**Erstsprache/Zweitsprache**

---

**Anmeldende Person (Name, Tel. Nr.)**

---

**Klasse**

---

**Lehrperson**

---

**Zuständiger Arzt (Name, Tel. Nr.)**

---

**Problemstellung**

---

---

---

---

**Bisherige Massnahmen**

---

**Andere Therapien**

---

**Abklärungstermin**

---

**Weiteres Vorgehen**

---

---