

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
Glennerstrasse 22a
7130 Ilanz

Vom Logopädischen Dienst Surselva auszufüllen:

Angemeldet von _____ am _____

Überwiesen an _____ am _____

Therapeutinnenwechsel _____ am _____

Kein Therapiebedarf

Therapiebeginn am _____ Therapieende am _____

Logopädin _____

Datum

Kinderanmeldung

**Logopädie im Frühbereich/
nachobligatorischer Bereich**

Logopädie im Schulbereich

ISS

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