

# Meldeformular Logopädie

Anmeldung durch:

Anmeldung bei:

- Lehrperson
- Eltern
- Schulpsychologie
- Kinderarzt

Name:  
Fachperson Logopädie

\_\_\_\_\_

## 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?  Ja  Nein

Wenn ja durch wen / Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Besucht das Kind Therapien?  Ja  Nein

Wenn ja welche / Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

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

## Einverständnis der Eltern:

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_





### Formular weiterleiten an Schulverwaltung



Bewilligung für Erstabklärung:

Bewilligt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Schulleitung: \_\_\_\_\_



### Formular weiterleiten an Fachperson Logopädie



Antrag für Therapie:

Erstabklärung am: \_\_\_\_\_

durch: \_\_\_\_\_

Therapie:

Nein

Ja

sofort

Beginn: \_\_\_\_\_

wie oft: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_

Warteliste

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Fachperson Logopädie: \_\_\_\_\_

Abklärung



### Formular weiterleiten an Schulverwaltung



Bewilligung für Therapie:

Bewilligt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Schulleitung: \_\_\_\_\_



### Formular weiterleiten an Fachperson Logopädie



Therapieunterbruch:

Unterbruch am: \_\_\_\_\_

Wiederaufnahme am: \_\_\_\_\_

Nachkontrolle in: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Fachperson Logopädie: \_\_\_\_\_

Therapieabschluss am: \_\_\_\_\_

Schulwechsel

Nicht mehr nötig

Anderes

Therapie



### Formular weiterleiten an Schulverwaltung und zurück an Dossier Fachperson Logopädie

