

Anmeldung Abklärung Logopädie

Kind

Name	Vorname
Geschlecht	Geburtsdatum
Nationalität	Heimatort
Sprache des Kindes/ der Familie	Deutsch seit: 4416 Bubendorf
Adresse (Strasse)	

Vater

Name, Vorname
Beruf des Vaters
Telefonnr.
E-Mail:

Mutter

Name, Vorname
Beruf der Mutter
Telefonnr.
E-Mail:

Anmeldung durch:

- Spielgruppe/Kindergarten/Schule (Klasse), Ort: _____
- Lehrperson: _____
- Kinderarzt: Name, Ort, Tel.: _____
- Zahnarzt: Name, Ort, Tel.: _____
- Symptomatik / Anmeldegrund: _____

Weitere Informationen / Bemerkungen: _____

Bitte ankreuzen:

- Wir nehmen davon Kenntnis, dass der Logopädische Dienst Bubendorf bei Bedarf Informationen bei Therapeuten, Pädagogen (Spielgruppenleiterinnen, Lehrpersonen) oder Ärzten einholen darf (Bildungsgesetz § 4a + 4b, in Kraft seit 01.01.2017)

Datum, Unterschrift Vater

Datum, Unterschrift Mutter

» Die Anmeldung ist nur mit Unterschrift der Eltern gültig!
» geht an: Logopädischer Dienst Bubendorf, Schulhaus Feuerwehrmagazin, 4416 Bubendorf