

# Anmeldung zur logopädischen Therapie/Abklärung

Datum \_\_\_\_\_ Anmeldung erfolgt durch \_\_\_\_\_

## Personalien des Kindes

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_ Kontakt mit deutscher Sprache seit \_\_\_\_\_  
Schulhaus \_\_\_\_\_ Lehrperson \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

## Kontaktangaben

<i>Mutter</i>		<i>Vater</i>	
Name	_____	Name	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
Mobil	_____	Mobil	_____
Email	_____	Email	_____

## Grund der Anmeldung

---

---

---

---

## Bisherige Therapien und Abklärungen

---

---

## Bemerkungen

---

---

Der/die Erziehungsberechtigte sind mit einer logopädischen Beratung/Abklärung und dem Fachaustausch zwischen Logopädietherapeutin und Fachpersonen einverstanden.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der Eltern \_\_\_\_\_