



Anmeldung Abklärung Logopädie

Logopädischer Dienst

Kind

Name _____

Vorname _____

Geschlecht _____

Geburtsdatum _____

Nationalität _____

Heimatort _____

Sprache des Kindes/ der Familie _____

Deutsch seit: _____

Adresse (Strasse) _____

PLZ/Ort _____

Vater

Mutter

Name, Vorname _____

Name, Vorname _____

Beruf des Vaters _____

Beruf der Mutter _____

Tel. Mobil _____

Tel. Festnetz _____

Tel. Mobil _____

Tel. Festnetz _____

E-Mail _____

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