



**Bitte beantworten Sie die beiden abschliessenden Fragen:**

**5. Vorangegangene (medizinische, psychologische, anderweitige) Untersuchungen im Zusammenhang mit der aktuellen Problematik? Wenn ja, wann und bei wem?**

**6. Bisherige oder aktuelle Therapie- oder Förderangebote (z.B. Früherziehung, Logopädie, Integrative Förderung)? Wenn ja, seit wann, bzw. wie lange und bei wem?**

**Anmeldender:**

Name: ..... Telefon: .....

E-Mail: .....

**Funktion (bitte ankreuzen):**

Erziehungsberechtigte	SPD	Logopädischer Dienst
Lehrperson	Arzt	.....

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....

Die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten des Kindes sind mit dieser Anmeldung einverstanden und bestätigen dies mit ihrer Unterschrift.

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....

**Aus Datenschutzgründen bitte per Post senden.**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir werden uns so schnell wie möglich mit den Eltern / Erziehungsberechtigten in Verbindung setzen.

Psychomotorik Therapiestelle  
Region Entlebuch  
Oberstufenschulhaus  
Lädergass 23  
6170 Schüpfheim