**Anmeldung Abklärung Logopädie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | | | Text | | |  | **Vorname:** | | | Text |
| Strasse: | | | Text | | |  | PLZ/Ort: | | | Text |
| Telefon: | | | Text | | |  | Geburtsdatum: | | | Text |
| E-Mail: | | | Text | | |  | Nationalität: | | | Text |
|  | | | | | |  | | | |  |
| Name Mutter: | | | Text | | |  | Vorname Mutter: | | | Text |
| Name Vater: | | | Text | | |  | Vorname Vater: | | | Text |
|  | | | | | |  | | | |  |
| Klasse: | | | Text | | |  | Schulhaus | | | Text |
| Klassen-LP: | | | Text | | |  | Tel. Schulhaus | | | Text |
| E-Mail KLP: | | | Text | | |  |  | | |  |
| IF-LP: | | | Text | | |  | E-Mail IF-LP: | | | Text |
| **Grund der Anmeldung:** ( Anmeldung erfolgt durch IS-Verfügung Verhalten & sozio-emot. Entwicklung) | | | | | | | | | | |
| Text | | | | | | | | | | |
| **Zusätzliche Informationen über Kind und Familie:** | | | | | | | | | | |
| Text | | | | | | | | | | |
| **War das Kind schon in logopädischer Behandlung?** | | | | | | | | | | |
| Ja | | | Nein | | | | | | | |
| Wenn Ja: Wo, wann und bei wem? | | | | | | | | | | |
| Text | | | | | | | | | | |
| **Bisherige Massnahmen:** | | | | | | | | | | |
| Psychomotoriktherapie | | | | (Kinder-)Arzt | | | | | Deutsch als Zweitsprache | |
| Schulpsychologische Abklärung | | | | Psychotherapie/KJPD | | | | | Schulische Massnahmen IF | |
|  | | | |  | | | | |  | |
|  | Der Vorschlag zur Anmeldung wurde mit den Erziehungsberechtigten besprochen. Sie sind mit der logopädischen Abklärung einverstanden. | | | | | | | | | |
|  | Ich/Wir sind mit der logopädischen Abklärung einverstanden. | | | | | | | | | |
| Datum: | | Text | |  | Unterschrift KLP/Erziehungsberechtigte | | |  | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| **Aus Datenschutzgründen bitte per Post senden an:** | | | | | | | | | | |
| Schuldienst Region Entlebuch, Logopädie, Hauptstrasse 22, 6170 Schüpfheim | | | | | | | | | | |