**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 |