SCHULE WALTENSCHWIL

Anmeldung zur logopädischen Abklärung

Anmeldung durch:	☐ Eltern	☐ Lehrperson/en	☐ andere

Personalien Kind			
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Geschlecht	
Strasse		Nationalität	
Wohnort		Familiensprache	

Stufe/Klasse	**Lehrperson**	**DaZ-Lehrperson**	**SHP**

Personalien Mutter		**Personalien Vater**	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Beruf		Beruf	
Sprache		Sprache	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	
Deutschkenntnisse	☐ gering	☐ ausreichend	☐ gut
Bemerkungen:			

Grund der Anmeldung (Beispiele, Auswirkungen im Alltag)			
☐	Aussprache:		
☐	Wortschatz:		
☐	Grammatik:		
☐	Sprachverständnis:		
☐	Redeunflüssigkeit (z.B. Stottern):		
☐	Kommunikation		
☐	Stimme:		
☐	Anderes:		
Leidensdruck bei:	☐ Kind	☐ Eltern	☐ Lehrperson/en

Bisherige Massnahmen	☐ Schulische Heilpädagogik (SHP)
	☐ Deutsch als Zweitsprache (DaZ)
	☐ Psychomotorik
	☐ Ergotherapie
	☐ Schulpsychologische Abklärung (SPD)
	☐ Heilpädagogische Früherziehung (HFE)
	☐ Logopädie im Frühbereich
	☐ andere Therapien:
Bemerkungen:	

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit einer logopädischen Abklärung.

Datum:	Unterschrift Erziehungsberechtigte:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Mail an jscheer@schule-waltenschwil.ch