

LOGOPÄDIE
PRIMARSCHULE BONISWIL
Schulstrasse 8
5706 Boniswil

Anmeldung zur logopädischen Abklärung / Kontrolle / Therapie

Datum:..... Anmeldung erfolgt durch:.....

Personalien des Kindes

| | |
|-----------------|-------------------------------------|
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Adresse |
| Muttersprache | Kontakt mit deutscher Sprache seit: |
| Klasse | Lehrperson |
| Schulhaus | |
| Name der Mutter | Name des Vaters |
| Telefon | |
| Email | |

Grund der Anmeldung

Bisherige Therapien / Abklärungen

Bemerkungen

Mit dieser Anmeldung geben wir die Erlaubnis, dass sich die Logopädin mit Lehrpersonen, Schulleitung und Fachpersonen über unser Kind austauschen darf.

Datum:_____ Unterschrift der Eltern:_____