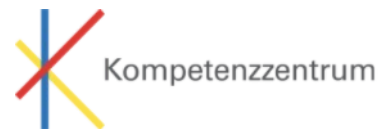


Anmeldung Beratung und Unterstützung



Angaben über das Kind:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon P	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Geb.Datum	<input type="text"/>
Soz.Ver-Nr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>	Sorgerecht	<input type="text"/>

Beistandschaft: (Name/Adresse/Telefon):

Zweitadresse: (Tagesbetreuung, Zweitadresse Eltern, ...)

Angaben über die Familie:

1. Elternteil	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>
2. Elternteil	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>

Geschwister (Name, Alter):

Zuweisende Stelle (Arzt/Stelle):

(Name/Adresse/Telefon)

Stelle / Arzt	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>

Anmeldungsgrund

Hilfsmittel

Kindergarten / Schule Name / Adresse / Klasse / Schuljahr / eMail

Kiga / Schule	
Lehrpersonen	
Schulleitung	
ISF-Lehrperson	
Assistenzperson	

Arzt / Ärztin (Name, Adresse, Telefon, Mail)

Kinderarzt		Adresse	
Telefon		eMail	
Spezialärzte		Adresse	
Telefon		eMail	
Augenarzt		Adresse	
Telefon		eMail	
Optiker		Adresse	
Telefon		eMail	

Bisherige therapeutische Massnahmen Therapeut/in / Name / Adresse / Telefon / Therapie von – bis / Std./Woche

Früherziehung	
Physiotherapie	
Ergotherapie	
Logopädie	
Andere	

Bemerkungen

Ort, Datum Unterschrift