**Anmeldung Abklärung Logopädie**

| |
|---|
| Datum: |
| Anmeldung erfolgt durch: |
| Name, Vorname des Kindes: |
| Geburtsdatum: |
| Anmeldegrund/ Symptomatik: |
| Namen, Vornamen der Eltern: |
| Beruf der Eltern: |
| Adresse: |
| Heimatort/ Nationalität: |
| Telefon: |
| E-Mail: |
| Spielgruppe/ KG/ Schule<br>Klasse/ Stufe: |
| Schulort: |
| Lehrperson(en): |
| Kinderärztin, Kinderarzt: |
| Sprache(n) des Kindes / der Familie: |
| Bemerkungen: |

***Die Anmeldung ist nur mit Unterschrift der Eltern gültig!*** Wir sind mit der Anmeldung unseres Kindes zur Abklärung am Logopädischen Dienst einverstanden:

Datum, Ort_____ Unterschrift der Eltern_____

>> Geht an: Logopädischer Dienst, Primarschulhaus, Paul Suter-Weg 1, 4418 Reigoldswil logopaedie@primarreigi.ch