

Alexander Kammermeier – Tel. 061 756 78 46 (Montag bis Freitag)  
E-Mail: alexander.kammermeier@aes.ch.bl.ch

Andrea Diaz – Tel. 061 756 78 45 (Montag bis Freitag)  
E-Mail: andrea.diaz@aes.ch.bl.ch

Johanna Messerschmid – Tel. 061 756 78 45 (Mittwoch und Freitag)  
E-Mail: johannalucia.messerschmid@aes.ch.bl.ch

## Anmeldung zur logopädischen Abklärung

### Kinderdaten:

Name:	.....	Vorname:	.....
Strasse:	.....	PLZ, Ort:	.....
Muttersprache:	.....	Geburtsdatum:	.....
Weitere Sprachen:	.....	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge
Spricht Deutsch:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> nein		
Besucht:	<input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Kindergarten	<input type="checkbox"/> Primararschule	<input type="checkbox"/> Sekundarschule
Stufe:	.....	Schulgemeinde:	.....
Lehrperson:	.....	E-Mail:	.....
Empfehlung von:	.....	Telefon:	.....
		E-Mail:	.....
		Telefon:	.....

### Das Kind bekommt:

Physiotherapie	Psychomotorik	Heilpädagogik im Kindergarten
Psychotherapie	Inso	Heilpädagogische Früherziehung
IV	Ergotherapie	Ergotherapie
ISF	DaZ	sonstiges:

Grund der Anmeldung: .....

.....

.....

### Elterndaten:

#### Elternteil 1:

Anrede:  Herr  Frau

Name / Vorname: .....

Strasse Nr. / PLZ, Ort: .....

Telefon / E-Mail: .....

#### Elternteil 2:

Anrede:  Herr  Frau

Name / Vorname: .....

Strasse Nr. / PLZ, Ort: .....

Telefon / E-Mail: .....

Erziehungsberechtigt:  beide Elternteile  Elternteil 1

Ort/Datum: ..... Unterschriften: ..... / .....

