

# anmeldung zur abklärung

**.heilpädagogische früherziehung**

**.psychomotorik**

**.personalien des Kindes**

männlich  weiblich

Name / Vorname

Geburtsdatum

**.personalien der eltern**

Name / Vorname der Mutter

Name / Vorname des Vaters

Adresse

PLZ & Ort

Telefon Mutter

Telefon Vater

E-Mail Eltern

Nationalität

Muttersprache

Dolmetscher\*in    Ja    Nein

Kinderarzt\*in

**.personalien der anmeldenden stelle**

Name / Vorname

Adresse

PLZ & Ort

Telefon

E-Mail

**.übrige angaben**

Kindergarten / Klasse

Schulhaus

Lehrperson

Telefon

E-Mail

Schulische\*r Heilpädagog\*in

Telefon

E-Mail

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen

Welches sind die Gründe für die Anmeldung?

---

---

---

---

Welche Fragen sind durch die Abklärung zu beantworten?

---

---

Finden oder fanden bisher Therapien statt? (wenn ja, welche / bei wem?)

---

---

Ort und Datum

Unterschrift der anmeldenden Stelle

---

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern

---

Nur für interne Zwecke der stiftung papilio:

Name der Therapeutin / des Therapeuten		
Datum Abklärung	Therapiebeginn	Therapieende