Regionaler Logopädischer Dienst
Gelterkinden

Hofmatt 1a, 4460 Gelterkinden **T.**: 061 985 50 15 www.kgpsgelterkinden.ch

Anmeldung für eine logopädische Abklärung

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Name/Vorname
Vater und Mutter: .....

Name/Vorname/Alter
Geschwister: .....

Muttersprache: .....

Spielgruppe: ..... Betreuerin: .....

Kindergarten: ..... Stufe: ..... Lehrperson: .....

Schule: ..... Stufe: ..... Lehrperson: .....

Schulhaus/ Schulort: .....

Kinderarzt: .....

Grund der Zuweisung (in Stichworten):

.....

.....

.....

.....

Ort und Datum: .....

Unterschrift der Eltern: .....