

Logopädischer Dienst Aesch-Pfeffingen

Ettingerstrasse 11

4147 Aesch

Telefon 061 756 78-45 / -46

Mail: Birgit.Sibold@aes.ch, Anita.Mueller@aes.ch und Alexander.Kammermeier@aes.ch



Anmeldung zur logopädischen Abklärung

Name: Vorname: geboren:

Nationalität: Familiensprachen:

Strasse: Wohnort:

Telefon: Mobil: Büro:

Mailadresse:

NAME, Vorname der Mutter:

NAME, Vorname des Vaters:

Spielgruppe/Kindergarten/Schule: Klasse: Schulgemeinde:

Lehrpersonen:

Anmeldung vorgeschlagen durch: Tel.:

Email-Adresse:

-
- Das Kind bekommt:** Heilpädagogische Früherziehung Physiotherapie Psychomotorik
 IV Heilpädagogik im Kindergarten Ergotherapie Psychotherapie
 INSO DaZ (Deutsch als Zweitsprache) FU: ISF
-

Grund der Anmeldung:
.....
.....
.....

Datum und Unterschrift der **Eltern:**