

ANMELDEFORMULAR

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Muttersprache: _____ Ausgefüllt von: _____ (Name)

Beziehung zum Kind: Mutter Vater andere: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer Kind: _____

SV-Nr Versicherter, wo Kind mitversichert ist

(Obsorgeberechtigter/Mutter/Vater): _____

Fragestellung – Warum die Anmeldung?

Welche Sorgen haben Sie bzw. wie groß sind diese Sorgen in Bezug auf folgende Punkte:

| | Wenig/keine | mittelmäßig | große |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sprache | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Denken/Lernen allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schreiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rechnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konzentration/Aufmerksamkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soziales (Freundschaften, Kontakte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere Anliegen/Fragen: _____
