



Logopädischer Dienst Reigoldswil

Primarschulhaus Paul Suter-Weg 1 4418 Reigoldswil 061 945 90 37
logopaedie@reigoldswil.ch

Anmeldung Abklärung Logopädie

Datum:	
Name, Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Heimatort / Nationalität:	
Telefon:	
E-Mail:	
Name, Vorname der Mutter und des Vaters:	
Beruf der Mutter / Beruf des Vaters:	
Anmeldung durch:	
Spielgruppe/Kindergarten/Schule (Klasse), Ort:	
Lehrperson (en):	
Sprache des Kindes / der Familie:	
Hausarzt/ Kinderarzt: Name, Ort, Tel.-Nr.:	
Zahnarzt Name, Ort, Tel.-Nr.:	
Symptomatik / Anmeldegrund:	
Bemerkungen:	

Bitte ankreuzen, falls Sie damit einverstanden sind:

Wir bevollmächtigen den Logopädischen Dienst Reigoldswil mündliche Informationen bei Therapeuten, Pädagogen (SpielgruppenleiterInnen, Lehrpersonen) oder Ärzten anzufordern, falls nötig.

Datum, Ort _____ Unterschrift der Eltern _____

- **Die Anmeldung ist nur mit Unterschrift der Eltern gültig!**
- **geht an: Logopädischer Dienst, Primarschulhaus, 4418 Reigoldswil**