**LOGOPÄDISCHER DIENST
Schuldienstkreis Rothenburg:** Hildisrieden Neuenkirch Rain Rothenburg Sempach
[Adressen und Telefonnummern](https://www.schuldienste-rothenburg.ch/?Gemeinden)

**Kontaktformular für Erziehungsberechtigte**

*Bitte senden Sie uns das Anmeldeformular per Post an den Logopädischen Dienst oder geben Sie es persönlich ab. Der Versand per E-Mail ist aus Datenschutzgründen nicht zulässig. Die Adressen und Telefonnummern der zuständigen Logopädin finden Sie auf unserer* [*Website*](https://www.schuldienste-rothenburg.ch/?Dienste___Logopaedie___Team)*.*

|  |
| --- |
| **Personalien Kind** |
| **Name** |       | **Geburtsdatum** |       |
| **Vorname** |       | **Geschlecht** | [ ]  m / [ ]  w |
| **Strasse** |       | **Nationalität** |       |
| **PLZ / Ort** |       | **Sprache(n)** |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klasse / Spielgruppe**  | **Name Lehrperson**  | **Telefonnummer** | **E-Mail** |
|       |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien Mutter** | **Personalien Vater** |
| **Name, Vorname**  |       | **Name, Vorname** |       |
| **Strasse** |       | **Strasse** |       |
| **PLZ / Ort** |       | **PLZ / Ort** |       |
| **Nationalität**  |       | **Nationalität** |       |
| **Sprache** |       | **Sprache** |       |
| **Telefon** |       | **Telefon** |       |
| **E-Mail** |       | **E-Mail** |       |

|  |
| --- |
| **Grund der Anmeldung** |
|                                |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kinder-, Hausarzt** | **Name**       **Adresse**       |
| **Bisherige Abklärungen** | [ ]  SPD [ ]  PMT [ ]  HFD [ ]  KJPD [ ]  andere:       |
| **Therapien** | [ ]  Nein [ ]  ja Wenn ja, welche:       |
| **Dolmetscher erwünscht** | [ ]  Für Kind [ ]  Für Eltern  |
| **Bemerkungen** |                                     |

Wir sind damit einverstanden, dass die Kommunikation (z. B. Terminsuche) per E-Mail erfolgen darf:

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern: