



Schulleitung
Primarschule / Kindergarten Itingen

Anmeldung zur logopädischen Abklärung

Personalien des Kindes

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Welche Sprache spricht Ihr Kind mehrheitlich: _____

Deutschkenntnisse bei fremdsprachigen Kindern: ☐ keine ☐ wenig ☐ gut ☐ sehr gut

Personalien der Eltern

Mutter Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Vater Name: _____ Vorname: _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ Handy-Nr.: _____

Unser Kind besucht:

☐ Kindergarten ☐ 1. KG-Jahr ☐ 2. KG-Jahr

Kindergärtner/in: _____ Tel.Nr. _____

☐ Primarschule Klasse: _____

Lehrperson: _____ Tel.Nr. _____

Grund der Anmeldung:

Gegenwärtige oder frühere Therapien:

Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte retournieren an: KG / PS Itingen, Logopädie, Frau A. Turtshi, Schulstr. 5+7, 4452 Itingen