****

**Schulverband MR Besondere Massnahmen**

Aarberg Bargen Kappelen Radelfingen Seedorf Walperswil/Bühl

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung Logopädie** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **1. Schülerin / Schüler** | | | | | | | | | | | |
| Name |  | | | | | | Vorname | |  | | |
| Strasse, Nr. |  | | | | | | PLZ | |  | Ort |  |
| Geschlecht |  | männlich | |  | weiblich | | Geburtsdatum | | |  | |
| Schuljahr - aktuelle Klasse | | |  | | | Schulort | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Eltern** | | | | |
| Name/n |  | Vorname/n |  | |
| Telefon-Nr. |  |  | |  |
| Mobile-Nr. |  | E-Mail |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Schule / KG** | | | |
| Telefon |  | E-Mail |  |
| Lehrperson |  |  |  |
| Telefon Privat |  | E-Mail Privat |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Ergänzende Angaben** | | | | | | | |
| Erstsprache |  | | | |  | |  |
| Es wird ein(e) Übersetzer(in) benötigt | | ja | | nein | |  | |
| Der/die Übersetzerin wurde bereits beigezogen: | |  | |  | |  | |
| Name |  |  |  | | | | |
| Adresse |  |  |  | | | | |
| Telefon |  | Mail |  | | | | |

|  |
| --- |
| **5. Weitere Angaben** |
| **Fachinstanzen**: Haben bereits Abklärungen stattgefunden? **Nein**  **EB  KJPD** Andere, welche |
| **Spezialunterricht**: Hat das Kind bereits SpU besucht? **Nein**  **IF  Logo  Psm  BF  DaZ** Andere, welche |

Formular 7 / Anmeldung Logo

|  |
| --- |
| **6. Auffälligkeiten / Problembereiche** |
| Aussprache  Kommunikationsverhalten  Wortschatz / Wortfindung  Stimme    Redefluss  Satzbau / Morphologie  Sprachverständnis  Lesen / Schreiben |
| Ausführungen / Bemerkungen / Beispiele von Äusserungen: |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Unterschriften** Die Eltern haben die Angaben zur Kenntnis genommen | |
| Die Eltern | Datum ……………………… Unterschrift/en …………………………………………….…………………….. |
| Die Klassenlehrperson | Datum ……………………… Unterschrift …………………………………………….……………....……….. |

Logopädischer Dienst, Schulverband Aarberg

Bahnhofstrasse 4, 3270 Aarberg, Tel. 032 392 11 80

*Das Anmeldeformular ist vor- und rückseitig bedruckt zu verwenden.*

Aarberg

21.8.23