**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: