



## **A N M E L D U N G**

### **Logopädische Abklärung**

#### **Personalien des Kindes**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:  w /  m

Muttersprache:

Schule / Kindergarten:

Klasse / Stufe:

Lehrperson:

#### **Personalien der Eltern**

Name und Vorname des Vaters:

Name und Vorname der Mutter:

Adresse:

Telefon:

Grund der Zuweisung:

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift der Eltern:

Bitte zurücksenden an: Logopädischer Dienst Frenkendorf, Fasanenstrasse 19, 4402 Frenkendorf

---