



Logopädischer Dienst Lausen, Mühlemattschulhaus, Unterdorfstrasse 11, 4415 Lausen, 061 921 81 45
Kattrin.Kerker@schule-lausen.ch
Stefanie.Stucki@schule-lausen.ch

ANMELDUNG FÜR LOGOPÄDISCHE ABKLÄRUNG

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Namen, Vornamen der Eltern: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Kindergarten: _____ Stufe: _____ Kindergärtnerin: _____

Schulhaus: _____ Stufe: _____ Lehrer/in: _____

Muttersprache: _____ Nationalität: _____

Kinderärztin /-arzt: _____

Grund der Zuweisung/Anmeldung in Stichworten:

Wir sind mit der Anmeldung unseres Kindes zur Abklärung am logopädischen Dienst Lausen einverstanden:

Datum, Ort: _____ Unterschrift der Eltern: _____

Geht an: Logopädischer Dienst Lausen, Mühlemattschulhaus, Unterdorfstrasse 11, 4415 Lausen