



Heilpädagogische
Frühberatung
Winterthur, Andelfingen
und Illnau-Effretikon

Anmeldung

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtstag: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Name / Vorname Mutter:
(Evt. gesetzlicher Vertreter) _____

Name / Vorname Vater:
(Evt. gesetzlicher Vertreter) _____

Sprache: _____ Deutschkenntnisse: Ja Nein

Strasse / Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Handy: _____ Telefon: _____

Arzt/Kinderarzt: _____

Diagnose: _____

Grund der Anmeldung: _____

Weitere Abklärungsstellen: _____

Weitere Therapien: _____

Anmeldende (Fach-)Person: _____

Bitte schicken Sie uns die Anmeldung per Post oder Email (nur bei eigener datengeschützter Mailadresse wie z.B. hin.ch). Fügen Sie ggf. Kopien vorhandener Abklärungsberichte bei.

Datum: _____ Unterschrift: _____

