

ANMELDEFORMULAR

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Muttersprache: _____ Ausgefüllt von: _____ (Name)

Beziehung zum Kind: Mutter Vater andere: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer Kind: _____

SV-Nr Versicherter, wo Kind mitversichert ist

(Obsorgeberechtigter/Mutter/Vater): _____

Fragestellung – Warum die Anmeldung?

Welche Sorgen haben Sie bzw. wie groß sind diese Sorgen in Bezug auf folgende Punkte:

	Wenig/keine	mittelmäßig	große
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denken/Lernen allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration/Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziales (Freundschaften, Kontakte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anliegen/Fragen: _____
