



## Anmeldung Aufnahmeverfahren der Sprachheilschule Langenthal Schuljahr 21/22

### Kind

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Nachname, Vorname          | <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
| Wohnadresse                |   |
| PLZ, Ort, Kanton           |   |
| Geburtsdatum               |   |
| Nationalität / Sprache     |   |
| Name Geschwister, Jahrgang |   |

### Eltern

|                   | Mutter | Vater |
|-------------------|--------|-------|
| Nachname, Vorname |        |       |
| Adresse           |        |       |
| Telefonnummer(n)  |        |       |
| E-Mail-Adresse    |        |       |
| Sprache           |        |       |

### Anmeldung für

|   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Kindergarten   | Stufe |
| <input type="checkbox"/> Schule   | Stufe |
| Grund der Anmeldung /<br>Hauptschwierigkeiten des Kindes /<br>Problemstellung |       |

### Aktuell

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spielgruppe           |  |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten ... Jahr |  |
| <input type="checkbox"/> Schule ... Jahr       |  |
| Name Lehrperson                                |  |
| Adresse / Tel-Nr.                              |  |

### Fachinstanzen

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Logopädie Name                     |   |
| Adresse / Tel. Nr.                 |   |
| Seit wann?                         |   |
| Früherziehung Name                 |   |
| Adresse /Tel. Nr.                  |   |
| Seit wann?                         |   |
| Fachinstanz (EB, Indelspital) Name |   |
| Adresse / Tel. Nr.                 |   |
| Abklärung bereits erfolgt?         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, wann?                     |   |
| Weitere: Name                      |   |
| Adresse / Tel. Nr.                 |   |
| Seit wann?                         |   |
| Weitere: Name                      |   |
| Adresse / Tel. Nr.                 |   |
| Seit wann?                         |   |

