

Anmeldung zur Beratung / Abklärung

- Heilpädagogische Früherziehung
 Logopädische Frühberatung

Kind	
Name	
Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	
Familiensprache	
Kinderarzt	
Kind besucht/ Weitere Massnahmen	<input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> Weitere

Erziehungsberechtigte	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon/Mobile		
E-Mail		

Aktuelle Situation/Anmeldegrund					
Ich bin besorgt (wählen Sie in der Skala, 1=wenig, 5 = sehr)	1	2	3	4	5
Ich mache mir Gedanken bezüglich					
<input type="checkbox"/> der allgemeinen Entwicklung:	_____				
<input type="checkbox"/> der Kontaktaufnahme:	_____				
<input type="checkbox"/> der Sprachentwicklung:	_____				
<input type="checkbox"/> dem Verhalten:	_____				
<input type="checkbox"/> Persönliche Fragestellung:	_____				



Anmeldung durch	
<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte	<input type="checkbox"/> Spielgruppe
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Weitere
Datum	Unterschrift

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, das Formular auszudrucken und per Post an die Fachstelle zu schicken:

Heilpädagogische Früherziehung und Logopädische Frühberatung Schaffhausen,
Freier Platz 7, 8200 Schaffhausen

16.11.2022/mwa

S:\HFES_LFS\Kinder\Prozessablauf_Kinder\Anmeldung\2022_11_08_HFES_LFS_Anmeldeformular.docx