



Logopädischer Dienst
Mattweg 54, 4144 Arlesheim
061 061 551 01 09
logopaedie@kigaprima.ch

Anmeldung Logopädie

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Adresse _____
Muttersprache _____ Nationalität _____
Telefon _____ E-Mail _____
Klasse _____ Klassenlehrperson: _____
Angemeldet durch: _____

Grund der Anmeldung:

- Artikulation
- Eingeschränkter Wortschatz
- Undeutliche Aussprache
- Falsche Satzstellung
- Stottern
- Probleme beim Ausführen von Aufträgen (Sprachverständnis)
- Probleme der Lauterkennung
- Erhöhter Speichelfluss
- Auffällige Stimme (zu hoch/zu tief/heiser)
- Auffälligkeiten beim Lesen und Schreiben

Bemerkungen

Die Eltern sind mit der Abklärung und dem Austausch über die logopädische Massnahme innerhalb der Fach- und Lehrpersonen der Schule einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ergänzungen Förderlehrperson Logopädie:

Weitere Abklärungen

Schulische Massnahmen

Kinderarzt/-ärztin

Sonstiges

Abklärungstermin: _____ Logopädin: _____