



Bitte nicht heften

Amt für Volksschule
Schulpsychologie und Logopädie



Anmeldung Logopädie

INTERN

Auftrags-Nummer _____

Akte bei _____

Akte bei zuständiger FP / Akte Archiv

Schulgemeinde

Schulhaus/Kindergarten

Schülerin/Schüler

Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
PLZ/Wohnort	_____	Geburtsdatum	_____
Klasse	_____	Kindergarteneintritt im Jahr	_____
Muttersprache	_____	wohnt in der Schweiz seit	_____

Elterliche Sorge gemeinsam Mutter Vater

Mutter

Vater

gleiche Wohnadresse

Familienname	_____	Familienname	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
berufliche Tätigkeit	_____	berufliche Tätigkeit	_____
Strasse	_____	Strasse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon/Mobile	_____	Telefon/Mobile	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Pflegeeltern nein ja

Beistandschaft nein ja

Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Institution	_____	Institution	_____
Strasse	_____	Strasse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon/Mobile	_____	Telefon/Mobile	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Logopädin/Logopäde

andere Fachstelle

Institution	_____	Institution	_____
Name/Vorname	_____	Name/Vorname	_____
Telefon/Mobile	_____	Telefon/Mobile	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Klassenlehrperson

Schulleitung

Name/Vorname	_____	Name/Vorname	_____
Telefon/Mobile	_____	Telefon/Mobile	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

bitte wenden

Welche Frage haben Sie? (bitte ankreuzen)

Sprachtherapie

Sonderschulung Sprachheilschule Thurgau

Verlängerung Sprachtherapie

andere

Beschreibung Sprachauffälligkeiten

aktuelle und bisherige Förderung/Therapie (bitte ankreuzen)

- Heilpädagogische Früherziehung bei _____ seit _____
- Schulische Heilpädagogik bei _____ seit _____
- Deutsch als Zweitsprache bei _____ seit _____
- andere bei _____ seit _____

Angaben Logopädin/Logopäde

bereits erteilte Lektionen, seit _____	Anzahl	Lektionen, Intensität	mal/pro Woche
bisherige Therapieschwerpunkte	_____		
Therapieverlauf (Kooperation, Erfolg etc.)	_____		
Therapiepausen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis
zukünftige Therapieziele	_____		
Vorschlag für weiterhin notwendige Lektionen	Anzahl	Lektionen, Intensität	mal/Woche

Einverständniserklärung / Hinweis

Die Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreter stimmen mit ihrer Unterschrift einer logopädischen Abklärung zu. Mit der Untersuchung ist auch das Einholen und Teilen von Informationen bei anderen Stellen verbunden:

- Einholen von Informationen, die für die Bearbeitung der Anmeldung zwingend erforderlich sind, wie z. B. Berichte von Entwicklungsabklärungen (HFE, KJPD, EPZ) und von Gehörsabklärungen.
- Allfällige Abklärungsberichte und Untersuchungsergebnisse gehen an den Auftraggeber oder die Auftraggeberin, die Erziehungsberechtigten und in der Regel an die Schulleitung oder an das Schulpräsidium.

Ort/Datum _____	Ort/Datum _____
Erziehungsberechtigte/ Erziehungsberechtigter _____	Logopädin/Logopäde _____
gesetzliche Vertreterin/ gesetzlicher Vertreter _____	Schulleitung _____
	andere Fachstelle _____

Anmeldefrist

31. Dezember des laufenden Jahres bei Fragestellung Sonderschulbedarf in der Sprachheilschule Thurgau

Regionalstellen - info.spl@tg.ch - www.av.tg.ch

- SPL Amriswil, Kirchstrasse 1, 8580 Amriswil, Telefon 058 345 74 60
- SPL Frauenfeld, Grabenstrasse 11, 8510 Frauenfeld, Telefon 058 345 74 30
- SPL Kreuzlingen, Konstanzerstrasse 13, Postfach 1835, 8280 Kreuzlingen, Telefon 058 345 74 80