



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de l'enseignement obligatoire de langue
allemande EnOA
Amt für deutschsprachigen obligatorischen
Unterricht DOA

Sekretariat des Regionalen Schuldienstes
026 300 77 47

An die
Direktion des Regionalen Schuldienstes
des Heilpädagogischen Instituts
Petrus-Kanisius-Gasse 21
1700 Freiburg

Anmeldung für die Schuldienste

VERTRAULICH

Logopädischer Dienst Schulpsychologischer Dienst Psychomotorischer Dienst

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Personalien des Kindes: | | |
| Name: männlich: <input type="checkbox"/> | Vorname: weiblich: <input type="checkbox"/> | Geburtsdatum: Muttersprache: |
| andere Sprachen: | | |
| Name/Vorname des Vaters: | Name/Vorname der Mutter: | |
| Adresse/PLZ/Ort: | | |
| Telefon-Nr.: | E-Mail-Adresse der Eltern: | |
| Bei getrennt lebenden Eltern zusätzlich Adresse/PLZ/Ort des Vaters: <input type="checkbox"/> resp. der Mutter: <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen) | | |
| Telefon-Nr.: | | |
| Inhaber/in der elterlichen Sorge: Vater: <input type="checkbox"/> Mutter: <input type="checkbox"/> beide: <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen) | | |
| Andere gesetzliche Vertreterin/anderer gesetzlicher Vertreter: | | |
| Name: | | Vorname: |
| Adresse/PLZ/Ort: | | |
| Telefon-Nr.: | | |
| Schulort: | Klasse: H | Schuljahr: 20 / |
| Angaben zur Lehrperson/zu den Lehrpersonen: | | |
| Name und Vorname: | | Telefon Schule: |
| Adresse: | | Telefon Privat: |

1. Seit wann ist Ihr Kind in dieser Klasse und wo war es vorher? (Schule, Klasse, Lehrperson/en)

2. Grund für die vorliegende Anmeldung: (Beschreibung der Auffälligkeiten, Beobachtungen, Beispiele)

3. Wie erleben Sie das Kind zu Hause und in der Schule?

4. Was ist bisher zur Problemlösung unternommen worden? (Bei Anmeldungen für den Psychomotorischen Dienst zusätzlich noch angeben, ob und bei wem das Kind diesbezüglich ärztlich untersucht wurde.)

5. Was erwarten Sie vom schulpsychologischen, logopädischen oder psychomotorischen Dienst?

6. Wie steht die Lehrperson bzw. stehen die Lehrpersonen zur Anmeldung? (Positiv, eher ablehnend, mit Missfallen usw.)

7. Weitere Bemerkungen:

8. Zustimmung für die Weitergabe von Daten:

Mit ihrer Unterschrift erklärt sich die gesetzliche Vertreterin bzw. der gesetzliche Vertreter damit einverstanden, dass die im Rahmen der Abklärung gesammelten Daten sowie Informationen zur therapeutischen Behandlung mit anderen Fachpersonen (Lehrperson, Schuldirektion oder andere involvierte Fachpersonen) ausgetauscht werden können, sofern dies für die Betreuung des Kindes nötig oder hilfreich ist.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei getrenntlebenden Eltern muss die Anmeldung von beiden Elternteilen unterschrieben werden.

----- bitte leer lassen -----

Bemerkungen der Direktion des Regionalen Schuldienstes:

Datum: _____

Unterschrift: _____

- Verteiler:
- Schuldirektion
 - Eltern
 - Logopädin/Logopäde
 - Schulpsychologin/Schulpsychologe
 - Psychomotorik-Therapeutin/-Therapeut