

## Anmeldung zur Heilpädagogischen Früherziehung mit Low Vision Pädagogik

### Personalien des Kindes

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

### Personalien der Eltern

Name/Vorname des Vaters:

Name/Vorname der Mutter:

Strasse:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

### Empfohlen von:

Institution:

Ansprechperson:

Telefon:

Strasse

E-Mail:

PLZ, Ort

### Welches sind die Gründe für die Anmeldung?

Die Eltern sind mit der Anmeldung einverstanden. Sie stimmen zu, dass die Heilpädagogischen Mitarbeitenden bei ÄrztInnen, KindergärtnerInnen und anderen beteiligten Fachpersonen Auskünfte einholen oder ihnen auch Auskünfte erteilen dürfen. Dieser Austausch dient ausschliesslich dem Wohl des Kindes.

Ort, Datum:

Unterschrift der Eltern: