

Schüler - Name, Vorname:

männlich weiblich

Geburtstag:

.

Kindergarten / Kita

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

Die Schule darf mit der Kita Kontakt aufnehmen:

ja nein

Ihr Kind hat einen Integrationsplatz:

ja
 nein

→ Aus welchem Grund?

Bekommt / bekam Ihr Kind

Logopädie

Zeitraum:

Ergotherapie

Zeitraum:

Frühförderung

Zeitraum:

sonstige Therapien

Welche?

Zeitraum:

Wurde Ihr Kind im SPZ vorgestellt?

ja nein

Datum / Unterschrift Eltern: