

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 → Aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

nein

Ihr Kind bekam ....

Logopädie

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Ergotherapie

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Frühförderung

Zeitraum: \_\_\_\_\_

sonstige Therapien

Welche?

Zeitraum: \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind im SPZ vorgestellt?

ja  nein

Datum / Unterschrift Eltern: