



PMT

Psychomotorik-Therapiestelle
Bezirk Andelfingen

Anmeldung Psychomotorik Therapie

Kind

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
Schulgemeinde _____ Klasse _____

Familie

Mutter

Vater

Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Beruf / Tätigkeit	_____	_____
Strasse / Nr	_____	_____
Wohnort / PLZ	_____	_____
Tel Privat	_____	_____
Mobile	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Lehrperson(en)

Name / Vorname	_____	_____
Tel. Schule	_____	_____
Mobile	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Involvierte Fachstellen

Bitte ankreuzen

Schulische Massnahmen	Abklärungsstellen	Therapien
<input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> ISR-Status	<input type="checkbox"/> SPD <input type="checkbox"/> KJPP <input type="checkbox"/> KSW <input type="checkbox"/> SPZ	<input type="checkbox"/> Logo <input type="checkbox"/> Physio <input type="checkbox"/> Ergo
<input type="checkbox"/> Anderes: _____		

Anmeldungsgrund

Bitte ausfüllen

Motorischer Bereich/Wahrnehmung _____
Emotionaler-/Sozialer Bereich _____
Andere Gründe _____

Datum des letzten Standortgesprächs

	Datum	Unterschrift
Eltern / Erziehungsverantwortliche	_____	_____
Eltern / Erziehungsverantwortliche	_____	_____
Lehrperson	_____	_____
Lehrperson	_____	_____
Schulleitung	_____	_____