



Bernöderweg 7
84405 Dorfen
mail: info@sfz-dorfen.de

Förderzentrum Dorfen

Tel: 08081 / 932615
Fax: 08081 / 932653

Anmeldung für die Mobile Sonderpädagogische Hilfe

Name, Vorname	geboren am
Anschrift der Eltern	Telefon
Warum wird die Überprüfung gewünscht ?	
Wird Ihr Kind bereits therapeutisch betreut ? (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Logopädie	seit _____ bei _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	seit _____ bei _____
<input type="checkbox"/> Frühförderung	seit _____ bei _____
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung	seit _____ bei _____
<input type="checkbox"/> andere Betreuung	_____ seit _____ bei _____
Name und Anschrift des Kindergartens	
Name und Anschrift des behandelnden Kinderarztes	

Einverständniserklärung

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass eine Mitarbeiterin der **Mobilen Sonderpädagogische Hilfe** mit meinem / unserem Kind arbeitet.

Ort, Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten