



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Service de l'enseignement obligatoire de langue  
allemande EnOA  
Amt für deutschsprachigen obligatorischen  
Unterricht DOA

Sekretariat des Regionalen Schuldienstes  
026 300 77 47

An die  
Direktion des Regionalen Schuldienstes  
des Heilpädagogischen Instituts  
Petrus-Kanisius-Gasse 21  
1700 Freiburg

## Anmeldung für die Schuldienste

**VERTRAULICH**

Logopädischer Dienst       Schulpsychologischer Dienst       Psychomotorischer Dienst

<b>Personalien des Kindes:</b>		
Name: männlich: <input type="checkbox"/>	Vorname: weiblich: <input type="checkbox"/>	Geburtsdatum: Muttersprache:
Andere Sprachen:		
Name/Vorname des Vaters:		Name/Vorname der Mutter:
Adresse/PLZ/Ort:		
Telefon-Nr.:		E-Mail-Adresse der Eltern:
Bei getrennt lebenden Eltern <b>zusätzlich</b> Adresse/PLZ/Ort des Vaters: <input type="checkbox"/> resp. der Mutter: <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen)		
Telefon-Nr.:		
Inhaber/in der elterlichen Sorge: Vater: <input type="checkbox"/> Mutter: <input type="checkbox"/> beide: <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen)		
Andere gesetzliche Vertreterin/anderer gesetzlicher Vertreter:		
Name:		Vorname:
Adresse/PLZ/Ort:		
Telefon-Nr.:		
<b>Schulort:</b>	Klasse:	Schuljahr:
<b>Angaben zur Lehrperson/zu den Lehrpersonen:</b>		
Name und Vorname:		Telefon Schule:
Adresse:		Telefon Privat:

1. Seit wann ist Ihr Kind in dieser Klasse und wo war es vorher? (Schule, Klasse, Lehrperson/en)

2. Grund für die vorliegende Anmeldung: (Beschreibung der Auffälligkeiten, Beobachtungen, Beispiele)

**3. Wie erleben Sie das Kind zu Hause und in der Schule?**

**4. Was ist bisher zur Problemlösung unternommen worden? (Bei Anmeldungen für den Psychomotorischen Dienst zusätzlich noch angeben, ob und bei wem das Kind diesbezüglich ärztlich untersucht wurde.)**

**5. Was erwarten Sie vom schulpsychologischen, logopädischen oder psychomotorischen Dienst?**

**6. Wie steht die Lehrperson bzw. stehen die Lehrpersonen zur Anmeldung? (Positiv, eher ablehnend, mit Missfallen usw.)**

**7. Weitere Bemerkungen:**

**8. Zustimmung für die Weitergabe von Daten :**

Mit ihrer Unterschrift erklärt sich die gesetzliche Vertreterin oder der gesetzliche Vertreter damit einverstanden, dass die im Rahmen der Abklärung gesammelten Daten sowie Informationen zur therapeutischen Behandlung mit anderen Fachpersonen (Lehrperson, Schulleitung oder andere involvierte Fachpersonen) ausgetauscht werden können, sofern dies für die Betreuung des Kindes nötig oder hilfreich ist.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

*Haben sowohl der Vater als auch die Mutter die elterliche Sorge inne, wohnen aber nicht an derselben Adresse, sind die Unterschriften beider Elternteile nötig.*

**Bemerkungen der Direktion des Regionalen Schuldienstes:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

- Verteiler:  Schulleitung/Schuldirektion  
 Eltern  
 Logopädin/Logopäde  
 Schulpsychologin/Schulpsychologe  
 Psychomotorik-Therapeutin/-Therapeut