

Anmeldung zur Psychomotorik-Therapie

Vorname/Name:

Geschlecht: w m

Strasse:

Nation:

PLZ/Wohnort:

Sprache:

Geburtsdatum:

Vorname und Name Elternteil 1:

Schulstufe:

Zuweisende Stelle:

Telefon:

Lehrperson:

Vorname und Name Elternteil 2:

Schulhaus:

Telefon:

Hat Kind andere Therapien, welche?

Anmeldungsgrund:

Verhalten:

Grobmotorik:

Fein-/Grafomotorik:

Wahrnehmung:

Aufmerksamkeit:

Sonstiges:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: