

## 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: