gemeinde glarus

Bildung und Familie

Therapiestelle für Psychomotorik

VERTRAULICH

Anmeldung zur Psychomotorik-Abklärung

Name/ Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum: _____

Klasse, Lehrperson: _____

	Mutter	Vater
Name, Vorname		
Adresse		
Wohnort		
Telefonnummer (Natel, Festnetz)		
E-Mail		
Sprache **Dolmetscher ja / nein**		

Telefonnummer und Erreichbarkeit der Lehrperson:

Angemeldet durch:

Anmeldungsgrund/ Beobachtungen:

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Eltern/ Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift Lehrperson: _____

Kopie an die Schulleitung
Bitte beilegen: Stundenplan, ev Berichte/ Protokolle

Gemeinde Glarus
Therapiestelle für Psychomotorik
Schwertgasse 23
Zaunturnhalle
CH - 8750 Glarus

Postadresse:
Schwertgasse 25
Schulhaus Glärnisch
8750 Glarus

T +41 58 510 45 19
psychomotorik@glarus.ch