**Schulanfänger: innen 2025/2026 Geschwisterkind:**

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Wünsche, falls es sich schulorganisatorisch ermöglichen lässt? (keine Lehrerwünsche)

Priorität 1:

Priorität 2:

Gesundheitliche und andere Besonderheiten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erhält/ Erhielt Ihr Kind zusätzliche Unterstützung (Therapien)? ⭘ ja ⭘ nein

Wenn *ja,* beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Welche Therapien erhält Ihr Kind?

⭘ Logopädie ⭘ abgeschlossen ⭘ dauert an

⭘ Ergotherapie ⭘ abgeschlossen ⭘ dauert an

⭘ andere Therapien ⭘ abgeschlossen ⭘ dauert an

Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was die Lehrer: innen unseres Kindes noch wissen sollten:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diese Angaben wurden freiwillig gemacht. Sie können von allen schulischen Mitarbeitern eingesehen werden.

Datum / Unterschrift