

Schulanfänger: innen 2024/2025 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