

# Anmeldung zur (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Heilpädagogischen Früherziehung** (Anmeldung bis 30. April des ersten Kindergartenjahres)
- Logopädie im Frühbereich** (Anmeldung bis 31. März vor dem Kindertageeintritt)
- Heilpädagogischen Früherziehung für Kinder mit einer Sehbehinderung** (Anmeldung bis Ende Februar des 2. Kindergartenjahres)

## Angaben zum Kind

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Nationalität \_\_\_\_\_

Anmeldegrund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wohnhaft bei  Eltern  Mutter  Vater

## Angaben zu den Eltern

Name / Vorname der Mutter \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Vaters \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile Mutter \_\_\_\_\_ Mobile Vater \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

---

Datum, Ort	Unterschrift Mutter	Unterschrift Vater
Hat das Kind einen <b>Beistand</b> ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hat das Kind einen <b>Vormund</b> ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Angaben zur Kinderärztin / Hausärztin respektive zum Kinderarzt / Hausarzt

Anrede  Frau  Herr

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Angaben zur zuweisenden (Fach-)Stelle / Fachperson

Anrede  Frau  Herr

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Fachstelle / Adresszusatz \_\_\_\_\_ Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Anmeldung an: stiftung**NETZ**, Hauptsitz, Ahornweg 7, 5504 Othmarsingen  
oder per E-Mail an: info@stiftung**netz**.ch

stiftung**NETZ**  
Hauptsitz  
Ahornweg 7  
5504 Othmarsingen

stiftung**NETZ**  
Hauptsitz  
Ahornweg 7  
5504 Othmarsingen