



Anmeldung

Kind

Vorname

Name

IV-Nummer

Diagnose

Brillenpass

opt. Hilfsmittel

Geschlecht

Geburtstag

Muttersprache

Visus

Eltern / Erziehungsberechtigte

Vorname

Name

Strasse

PLZ /Ort

Telefon 1

Telefon 2

Fax

Email

behandelnde Ärzte

Name, Adresse

Name, Adresse

Telefon

Telefon



Lehrpersonen / Therapeuten

Name, Adresse

Telefon

Name, Adresse

Telefon

Heilpädagogische Früherziehung

Eltern

Rhythmik für sehbehinderte Kinder

Arzt / Spital

Pädagogisch-funktionelle Low Vision Abklärung

Therapiestelle

Low Vision Beratung

Beratungsstelle

Low Vision Reihenuntersuchung und Beratung

HFE

Schulreifeabklärung

HDP

Laufbahnberatung

Kindergarten

Fachberatung für Lehrpersonen und Therapeuten

Schule

Fragestellung



Unterschrift der Eltern / der Erziehungsberechtigten Leer Lassen

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldung t/p/f/m

LV Abklärung

HFE
