

Anmeldung Psychomotorik für

	Abklärung und allenfalls Therapie
	Beratung

Name des Kindes	
Vorname des Kindes	
Strasse	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	

Name der Mutter	
Name des Vaters	
Telefon	
Handy	
Mail	

Klasse	
Kindergärtnerin, Lehrperson	
andere Therapien (Ergo, Logopädie....)	

Telefon Lehrper.	
Handy Lehrper.	
Mail Lehrperson	

Name des(Kinder)-Arztes	
Strasse	

Tel. Arzt	
PLZ, Ort	

Das Kind fällt in folgenden Bereichen auf	Bemerkungen
Grobmotorik	
Feinmotorik	
Grafomotorik	
Wahrnehmung	
Verhalten	

weitere Bemerkungen

Datum und Unterschrift der Eltern

per Post senden an: St. Josef-Stiftung, Psychomotorik, Badstr. 4, 5620 Bremgarten
Infos unter: Tel. 056 648 45 51, gaby.schelbert@josef-stiftung.ch