

Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich Anmeldeformular für Eltern / Erziehungsberechtigte / volljährige Jugendliche

im Frühbereich (Anmeldung bis spätestens 31.1. vor Kindergarteneintritt)

☐ Logopädie	☐ Heilpädagogische Früherziehung	☐ Audiopädagogik ☐ Low Vision
Kindergartenrückstellung ☐ geplant ☐ definitiv		

im Nachschulbereich (Anmeldung nach obligatorischer Schulzeit oder ab Langzeit-Gymnasium)

☐ Dyslexie (<i>Lese-Rechtschreibstörung</i>)	☐ Nachteilsausgleich	☐ Audiopädagogik
☐ Dyskalkulie (<i>Rechenstörung</i>)	☐ Anderes:	
Schule/Klassenstufe:		

Personalien Kind/Jugendliche/r

Name			
Vorname			
Geburtsdatum		☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon/E-Mail (wenn volljährig)			
Hauptsprache des Kindes			
AHV-Nummer			

Personalien Erziehungsberechtigte

	☐ Mutter ☐ andere: _____	☐ Vater ☐ andere: _____
Name		
Vorname		
Strasse/Nr.		
PLZ/Ort		
Telefon		
E-Mail		
Sprachen		
Dolmetscher	☐ Nein ☐ Ja; Sprache	
Beistand	☐ Nein ☐ Ja Name/Adresse:	
Sorgeberechtigt	☐ Mutter ☐ Vater	
	☐ Vormund/in Name/Adresse:	

Kinderarzt/Hausarzt	
Name/Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon/E-Mail	

Weitere Fachperson	
Fachgebiet	
Institution	
Name/Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon/E-Mail	

Weitere Fachperson	
Fachgebiet	
Institution	
Name/Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon/E-Mail	

Anmeldegrund

Einwilligung zur Auskunftserteilung und zum Datenaustausch

Unser Kind bzw. ich (bei Volljährigen) wird mit unserem/meinem Einverständnis bei der **Fachstelle Sonderpädagogik** angemeldet:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wir bzw. ich berechtige/n die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik

- Zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen über die Situation des Kindes, bzw. des/der Jugendlichen, wenn dies für die Abklärung des sonderpädagogischen Bedarfs notwendig ist. Gemeint ist mein Haus- oder Kinderarzt / meine Haus- oder Kinderärztin, Fachärzt*innen, heilpädagogische Früherzieher*innen, Audiopädagog*innen, Logopäd*innen oder

andere: _____

- Abklärungsergebnisse dürfen an die weiterbetreuende(n) Fachperson(en) des Kindes oder Jugendlichen weitergegeben werden. Der/die zuweisende Arzt/Ärztin darf über die Therapie-empfehlung der Fachstelle informiert werden und Kopien der Abklärungsberichte erhalten.
- Falls eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, aber in absehbarer Zeit kein Therapieplatz zur Verfügung steht, dürfen die Personendaten des Kindes bzw. des Jugendlichen an das Amt für Jugend und Berufsberatung weitergegeben werden, das uns/mich bei der Therapieplatz-Suche unterstützen kann.

Datum/Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/Jugendliche(r)

Bei gemeinsamem Sorgerecht versichere ich mit meiner Unterschrift, dass die andere sorgeberechtigte Person auch mit der Anmeldung einverstanden ist.

Bitte mailen (nur mit geschützter Mailadresse) oder senden Sie das Formular an die zuständige Fachstelle:

Standort Zürich: für die Bezirke Affoltern, Dielsdorf, Dietikon, Horgen, Meilen, Uster, Stadt Zürich Kinderspital Zürich, Fachstelle Sonderpädagogik Lenggstrasse 30, 8008 Zürich Telefon: 044 249 74 90 E-Mail: sonderpaedagogik@kispi.uzh.ch	Standort Winterthur: für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon, Winterthur Fachstelle Sonderpädagogik Winterthur Sozialpädiatrisches Zentrum Albanistrasse 24, 8400 Winterthur Telefon: 052 266 37 01 E-Mail: sonderpaed.spz@ksw.ch
---	---