

Anmeldung zur Abklärung betreffend Therapiebedarf von schulpflichtigen Privatschüler*innen, die in der Stadt Zürich wohnhaft sind

Dieses Formular kann durch die Schule oder die Eltern ausgefüllt werden, ist aber auf jeden Fall von den Eltern zu unterzeichnen. Bevor Sie es ausfüllen, lesen Sie bitte die Informationen auf der Webseite www.stadt-zuerich.ch/privatschulung zum Thema «*Therapeutische Angebote der Volksschule für Privatschüler*innen*». Auf der Webseite erfahren Sie, welche Therapien vom Schul- und Sportdepartement angeboten werden und welche Fachstelle für Abklärungen zu den einzelnen Therapien zuständig ist.

Schüler*in

Name und Vorname: _____ m ☐ w ☐

Geburtsdatum: _____ Kindergartenjahr / Klasse: _____

Eltern bzw. erziehungsberechtigte Person/en

Name/n und Vorname/n: _____

Sprache und Verständigungsmöglichkeit: _____

Strasse und Nummer: _____ PLZ: _____

Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____

E-Mail: _____

Angaben zur Schule

Schule und Adresse: _____

Zuständige Lehrperson: _____ Telefon Schule/Kindergarten: _____

E-Mail Lehrperson: _____

Schulleitung: _____ Telefon Schulleitung: _____

E-Mail Schulleitung: _____

Anmeldung zur Abklärung für folgende Therapie

☐ Logopädische Therapie

☐ Psychotherapie

☐ Psychomotorik-Therapie

☐ Audiopädagogische Angebote

1. **Kurzbeschreibung der Problematik**

2. **Welche Bedingungen sind für den Schüler*in förderlich und unter welchen Bedingungen tritt die Problematik gehäuft auf?**

3. **Sind im Zusammenhang mit den beschriebenen Auffälligkeiten bereits Abklärungen oder Therapien erfolgt? Welche? Zuständige Fachperson? (Bitte Kopien der entsprechenden Berichte dieser Anmeldung beilegen.)**

4. **Wurde zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine Anmeldung für ein anderes therapeutisches Angebot der Volksschule eingereicht? Für welches? Zuständige Fachperson?**

5. **Haben Sie weitere wichtige Angaben oder Fragen (Vorgeschichte, Erwartungen, Dringlichkeit)?**

6. **Stellungnahme der Schulleitung zum Therapiebedarf der Schülerin / des Schülers (Vorgeschichte, Erwartungen, Dringlichkeit)**

Ich bestätige, dass mein Kind in der Stadt Zürich wohnhaft ist.

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern:

Bitte senden Sie diese Anmeldung an die Fachstelle der auf Seite 1 unten angekreuzten Therapie.

Logopädische Therapie:

Fachstelle Logopädie

Schaffhauserstrasse 315, 8050 Zürich

ssd-logopaedie@zuerich.ch

Psychotherapie:

Schulpsychologischer Dienst

Finden Sie ihre Zweigstelle:

stadt-zuerich.ch/schulpsychologie

Psychomotorik-Therapie:

Fachstelle Psychomotorik

Schaffhauserstrasse 315, 8050 Zürich

ssd-psychomotorik@zuerich.ch

Audiopädagogische Angebote:

Schulärztlicher Dienst

Parkring 4, 8002 Zürich

ssd-sad-leitungssekretariat@zuerich.ch