GEMEINDE BINNINGEN

Primarstufe

Logopädischer Dienst

Familienname		**Vorname**	**Geb.**	**m/w**
Erziehungsberechtige		**Adresse**	**Tel.:** **E-Mail:**	
Klasse	**SH/KG**	**Lehrperson**	**Tel.:**	
Nationalität		**Sprachen**		

Grund der Anmeldung (in Stichworten)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diese Anmeldung erfolgt im Einverständnis mit den Erziehungsberechtigten

Datum: ..... Unterschrift Erziehungsberechtigte und oder Lehrperson: .....

Anmeldebestätigung geschickt am: .....

Adresse Logopädischer Dienst Schlossacker, Hohlegasse 8, 4102 Binningen • **Tel** 061 422 00 30 • **E-Mail** logopaedie@schule-binningen.ch