

Zentrum ASS  
Turnerweg 16  
5600 Lenzburg  
Tel. 062 888 09 00  
FAX 062 888 09 01  
www.asslenzburg.ch  
info@asslenzburg.ch

Zentrum ASS  
Sekretariat  
Turnerweg 16  
5600 Lenzburg

## Überweisung an das Zentrum ASS

### Liebe Gemeindebehörden, sehr geehrte Damen und Herren

Würden Sie bitte das Formular ausdrucken, ausfüllen und zwingend zusammen mit:

- dem logopädischen Fachbericht (maximal 6 Monate alt)
- dem Schulbericht oder dem Kindergartenbericht
- dem Bericht des Schulpsychologischen Dienstes
- dem Bericht zur Hörabklärung
- dem Zuweisungsbeschluss der Schulpflege (Protokollauszug)

an das Sekretariat des ZASS schicken. Ohne Hörabklärung, SPD-, Logopädie- und Schulbericht kann nicht entschieden werden! Herzlichen Dank!

### Angaben zum Kind

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Aktuelle Klasse	<input type="text"/>
Künftige Klasse Zentr. ASS (1./2. Kiga, 1.-6 Kl., Oberstufe)	<input type="text"/>	Adresse und Wohnort des Kindes	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>

Gewünschte Tagesschule	<input type="checkbox"/> Lenzburg	<input type="checkbox"/> Turgi	<input type="checkbox"/> Stein	<input type="checkbox"/> Oftringen	(mehrere Wünsche möglich)
Gewünschter Kindergarten	<input type="checkbox"/> Lenzburg	<input type="checkbox"/> Rüfenach	<input type="checkbox"/> Oftringen	<input type="checkbox"/> Stein-Säckingen	

### Erziehungsberechtigte Person

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse/Wohnort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Natel	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

### Zuständige Schulpflege/Schulleitung

Ansprechperson in der Schulleitung oder Schulpflege

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Adresse/Ort	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Funktion	<input type="text"/>

### Das Kind hatte schon

(bitte ja oder nein ankreuzen)

Logopädische Therapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeutin	<input type="text"/>
Heilpädagogische Früherziehung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeutin	<input type="text"/>
Psychomotoriktherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeutin	<input type="text"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Therapeutin	<input type="text"/>

Die Eltern sind mit der Überweisung einverstanden (Unterschrift Schulleitung/Schulpflege)

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-----------	----------------------	--------------	----------------------