

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 zusammen mit:

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

an das Sekretariat des Zentrums ASS schicken. 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"/>
-----------	----------------------	--------------	----------------------