

## Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich

### Anmeldeformular für Fachpersonen

**im Frühbereich** (Anmeldung bis spätestens 31.1. vor Kindergarteneintritt)

<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Nur für Winterthur möglich: zusätzlich Hörabklärung	<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung	<input type="checkbox"/> Audiopädagogik <input type="checkbox"/> Low Vision
Kindergartenrückstellung <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> definitiv		

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

<input type="checkbox"/> Dyslexie ( <i>Lese-Rechtschreibstörung</i> ) <input type="checkbox"/> Dyskalkulie ( <i>Rechenstörung</i> )	<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich <input type="checkbox"/> Anderes:	<input type="checkbox"/> Audiopädagogik
Schule/Klassenstufe:		

#### Personalien Kind/Jugendliche/r

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse/Nr.	
Telefon/E-Mail (wenn volljährig)	
Hauptsprache des Kindes	

#### Personalien Eltern

	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere _____
Name		
Vorname		
Strasse/Nr.		
PLZ/Ort		
Telefon		
E-Mail		
Sprachen		
Dolmetscher nötig?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Sprache
Hat das Kind einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name/Adresse		

#### Kinderarzt/-ärztin

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

Anmeldegrund: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Entwicklung des Kindes**

<b>Wichtig: Durchgeführte, geplante oder laufende Abklärungen und Therapien, Diagnosen, Befunde, Beobachtungen</b>
Entwicklung von Kognition und Motorik
Sprache
Interaktion und Verhalten
Familien- und Umfeldsituation
Bemerkungen

**Anmeldung durch**

Name/Vorname		Stempel, Unterschrift und Datum	
Institution			
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon		E-Mail	

## 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)

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

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