



ANMELDEFORMULAR FÜR DIE KOSTENÜBERNAHME FÜR VERSTÄRKT PÄDAGOGISCH-THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN (LOGOPÄDIE)

AMBULANTE MASSNAHMEN : LOGOPÄDIE GEMÄSS Art. 48 JGe vom 11. Mai 2001

↓ *Durch den gesetzlichen Vertreter (Eltern, andere Person), bzw. die volljährige Person auszufüllen* ↓

1. a) Personalien des Kindes / des Jugendlichen

Name
Geschlecht männlich weiblich
Nationalität
Adresse (Strasse, Nr.)
Zur Zeit besuchter Kindergarten oder Schulklasse

Vorname
Geburtsdatum
PLZ, Wohnort

Beilage : Kopie eines amtlichen Dokumentes (Familienbüchlein, Aufenthaltsbewilligung)

1. b) Personalien des gesetzlichen Vertreters

Name
Geburtsdatum
Telefon-Nr.
E-mail

Vorname
Handy-Nr.

Falls Adresse nicht identisch zu 1. a :
Adresse (Strasse, Nr.)
PLZ, Wohnort

2. Zuständige TherapeutIn :

Name
Adresse (Strasse, Nr.)
Telefon-Nr.
E-mail

Vorname
PLZ, Wohnort
Handy-Nr.

3. Bewilligung :

Mit seiner (ihrer) Unterschrift erlaubt der gesetzliche Vertreter (Eltern, andere Person), bzw. die volljährige Person, der zuständigen Fachperson der kantonalen Dienststelle für die Jugend (KDJ) alle sachdienlichen Informationen betreffend die erbrachten Leistungen für das Kind, bzw. den Jugendlichen, weiterzuleiten (Art. 55 JGe).

Ort, Datum :

Unterschrift :

An die Kantonale Dienststelle für die Jugend, Avenue Ritz 29, Postfach 478, 1951 Sitten senden.

Tel. : 027 606 48 15

Fax : 027 606 48 24

E-mail : logo_lega@admin.vs.ch