



Anmeldung Low-Vision-Abklärung

Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Sozialvers.Nr.756...
Strasse _____
PLZ/Ort _____

Vorname _____
Sozialvers.Nr.756...
Kanton _____

Angaben zu den Eltern

Vorname Vater _____ Beruf _____
Vorname Mutter _____ Beruf _____
E-Mail _____

Beruf _____
Telefon _____

Angaben zur Schule

Klasse _____ Schulhaus _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Lehrperson _____ Telefon _____
E-Mail _____

Schulhaus _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

Ergänzende Dienste

Schulpsychologische Abklärung _____
Name _____
Strasse _____

Ja Nein
PLZ/Ort _____

Frühförderung

Dauer

Ja

Nein

Augenarzt

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Bitte legen Sie der Anmeldung den aktuellsten Augenarztbericht bei.

Andere Therapien

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Ort

Datum

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten**Weitere Informationen und Kontakt**

Rana Doganbas-Yilmaz | Koordinatorin INTAKE

Bruggwaldstrasse 45, 9008 St. Gallen, sehberatung@obvita.ch, T 071 246 61 50