



## **Anmeldung zur Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe** **(MSH)**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit / Muttersprache: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Besucher Kindergarten: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fax.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner im Kindergarten: \_\_\_\_\_

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind im Rahmen der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe im Kindergarten betreut wird. Hierzu gehört die Durchführung von notwendigen Testverfahren und der Informationsaustausch mit den ErzieherInnen der Gruppe und der Kindergartenleitung ebenso der Kontakt zu Fachdiensten (z.B. Logopäden, Vorkurs Deutsch, Kinderarzt,...).

Ebenfalls bin ich / sind wir bereit an Elterngesprächen teilzunehmen.

Bei meinem / unserem Kind wurden bereits folgende Untersuchungen durchgeführt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es finden bereits folgende therapeutische Maßnahmen statt:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

München \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten