obvita Sehberatung

☐ **Anmeldung Low-Vision-Abklärung**
☐ **Anmeldung Beratung und Unterstützung**
(nur mit Low-Vision-Bericht nicht älter als 1 Jahr möglich)

Angaben Klient:in (Kind/Jugendliche:r)

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialvers. Nr.:

Strasse:

PLZ/Ort:

Kanton:

Angaben Eltern/Erziehungsberechtigte

Nachname Vater:

Vorname Vater:

Beruf Vater:

Telefon Vater:

E-Mail Vater:

Nachname Mutter:

Vorname Mutter:

Beruf Mutter:

Telefon Mutter:

E-Mail Mutter:

Angaben Schule

Schulhaus:

Klasse:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

Angaben Lehrpersonen

Nachname Lehrperson 1:

Vorname Lehrperson 1:

Telefon:

E-Mail:

Nachname Lehrperson 2:

Vorname Lehrperson 2:

Telefon:

E-Mail:

Nachname SHP (schulisch. Heilpädagog:in):

Vorname SHP (schulisch. Heilpädagog:in):

Telefon:

E-Mail:

Ergänzende Dienste

Augenärztin/Augenarzt

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

Bitte legen Sie der Anmeldung den aktuellen Augenarztbericht bei (nicht älter als 1 Jahr).

Schulpsychologische Abklärung

Abklärung: **Ja** **Nein**

Nachname:

Vorname:

PLZ/Ort:

Strasse:

Telefon:

E-Mail:

Früherziehung

Früherziehung: **Ja** **Nein**

Nachname:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

Angaben Therapeut:in

Therapie 1

Nachname: Vorname:

PLZ/Ort: Strasse:

Telefon: E-Mail:

Therapie 2

Nachname: Vorname:

PLZ/Ort: Strasse:

Telefon: E-Mail:

Therapie 3

Nachname: Vorname:

PLZ/Ort: Strasse:

Telefon: E-Mail:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Ort: Datum:

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Weitere Informationen und Kontakt

Sehberatung

Bruggwaldstrasse 45, 9008 St. Gallen, Tel. 071 246 61 50, intake@obvita.ch