



Psychomotorik-Therapiestelle  
Schützenstrasse 40  
8355 Aadorf  
Telefon 052 / 368 83 24  
R. Baumann + M. Rütsche

PSYCHOMOTORIK-  
THERAPIESTELLE  
AADORF



**ANMELDUNG für eine psychomotorische Abklärung**

**Datum:**.....

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Telefon .....

Strasse ..... Wohnort .....

E-Mail-Adresse der Eltern .....

Lehrpersonen ..... Telefon Privat .....

E-Mail-Adresse Lehrperson .....

Klasse ..... Schulhaus ..... Telefon Schule .....

---

**Anmeldungsgründe**

Motorische Schwierigkeiten (Grob- Fein- und Grafomotorik)

Emotionale Befindlichkeit

Sozialer Umgang

Andere Auffälligkeiten

---

Für auswärtige Schulgemeinden: Ist die Schulleitung über die Anmeldung informiert und mit der Abklärung einverstanden? JA

---

Sind die Eltern mit der Anmeldung einverstanden? JA