

Test:
Typ:

Start:
U.-Tag:

U.-Zeit:



Anmeldung/ Info-Datenblatt für Interessenten

Familie/Frau/Herr** : _____

Name des Kindes/Jgdl.: _____

Geb.-Datum des Kindes/Jgdl.: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefon _____

Handy: _____

Problemfach,- Fächer: _____

Schule: _____

Klasse: _____

An welchen Wochentagen könnte ihr Kind zur NH./LT. kommen? _____

Welche Urzeiten sind möglich: _____

Besonderheiten: _____

Für Schreibriftraining benötigen wir eine Schriftprobe ihres Kindes.

Für Lerntherapie:

Liegt ein Befund vor: ja nein

Was wurde diagnostiziert? LRS* Dyskalkulie* ADS/ADHS*

Asperger Autismus: Andere:

Unterschrift

Es gilt die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union (EU).
Komm es zu keinem Vertragsverhältnis, werden diese Daten sofort vernichtet! Ihre Daten werden nicht verkauft oder anderweitig an Dritte veräußert.

* Mehrfachnennung möglich

** Auswahl