

Antrag Fallberatung Psychomotorik

Name:

Funktion:

Schulgemeinde/ Schulhaus:

Telefonnummer LP:

Email:

Klasse:

**Antrag**

Kurzbeschreibung / Situation:

Fragestellung:

Bisher getroffene Massnahmen

Mögliche Termine zur Besprechung:

Kosten pro Stunde: 143.15 Fr.

Vorgesehene Dauer der Beratung: 1-1,5 Std.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
int. Nr. (v. Therapiestelle auszufüllen)

