

**Gesundheitliche Beeinträchtigungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Vorschulische Therapien:**

**Logopädie**                       **Ergotherapie**                       **Physiotherapie**

**Sonstige:** \_\_\_\_\_

**Rückstellungsgründe:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ergebnis der Schuluntersuchung:**

**liegt bei**                       **nicht vorhanden**

**Ort, Datum**

**Unterschrift der antragstellenden Schule**