



BESUCHSNACHMITTAGE SCHULJAHR 2009/2010

Anmeldung

für den Besuchsnachmittag vom Donnerstag

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 05. November 2009 | <input type="checkbox"/> | 04. März 2010 |
| <input type="checkbox"/> | 19. November 2009 | <input type="checkbox"/> | 15. April 2010 |
| <input type="checkbox"/> | 14. Januar 2010 | <input type="checkbox"/> | 29. April 2010 |
| <input type="checkbox"/> | 11. Februar 2010 | <input type="checkbox"/> | 20. Mai 2010 |

Vorname/Name _____

Vorname Kind _____

Adresse _____

Ort _____

Telefonnummer _____

Anzahl Erwachsene _____ Anzahl Kinder _____

Gegenwärtige Klasse _____ Geburtsdatum _____

Name und Telefonnummer der gegenwärtigen Lehrperson:

Name und Telefonnummer des gegenwärtigen Logopäden:

Bisherige Therapie:

Bemerkungen:

Bitte an

Sprachheilschule St.Gallen

Sekretariat

Höhenweg 64

9000 St.Gallen

Faxnummer 071 274 11 13 oder online über www.sprachheilschule.ch_Anmeldung_Besuchsnachmittag