

Nutzung von Therapieangeboten im Schulalltag

Die Förderschule (G) bietet ihren Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit therapeutische Maßnahmen im Schulalltag durchzuführen. Möglicherweise können jedoch aus Kapazitätsgründen nicht alle Therapien im Schulalltag abgedeckt werden.

Wir wünschen, dass mein/unser Kind _____
(Name und Geburtsdatum Ihres Kindes)

an folgenden Therapien teilnimmt (*Zutreffendes bitte ankreuzen!*)

- Physiotherapie (durch OL Physio GmbH, Bautzen)
- Ergotherapie (durch OL Physio GmbH, Bischofswerda oder Ergo-Therapie Mickan, Bischofswerda oder Ergotherapie Kappler, Wilthen)
- Logopädie (durch Praxis Matzke, Panschwitz-Kuckau)

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Wir sind damit einverstanden, dass unsere/meine Telefonnummer _____ zur Kontaktaufnahme an die jeweilige Therapiepraxis weitergeleitet wird.
- Wir/ Ich nehme/n mit der jeweiligen Therapiepraxis selbst Kontakt auf.

Diese Erklärung ist für die gesamte Schulzeit bzw. bis auf Widerruf gültig.

Ort, Datum

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten