

Anmeldung zur LRS-Diagnostik

Hiermit bitte ich/bitten wir um einen Termin zur Durchführung einer LRS-Diagnostik für die nachfolgend genannte Person.

Schülerin/Schüler

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich Muttersprache: deutsch andere

Schulname: _____

Schulform: Gesamtschule Grundschule Gymnasium Hauptschule Realschule Sonstige _____ Klasse: _____

Geschwister: _____

Bei Minderjährigen benötigen wir außerdem Angaben über die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten des o.g. Kindes.

Mutter

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Vater

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Straße, Nr.: _____

Plz, Ort: _____

Land: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Bevorzugter Testort: Aachen Erkelenz Roetgen (Eifel)

Sonstige Mitteilungen: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die o.g. Person von der Beratungsstelle für LRS testdiagnostisch auf LRS untersucht wird.

Sofern in den letzten 12 Monaten von einer anderen Stelle ein Test auf LRS durchgeführt worden ist, fordern Sie die Unterlagen bitte an und leiten sie uns zu.

Die Erstdiagnostik ist für alle schulpflichtigen Personen, die in einem Radius von 10 km um Aachen oder einer unserer Außenstellen wohnen, kostenlos. Für alle anderen Personen betragen die Kosten 60,00 Euro.

Bei Abschluss eines Fördervertrags mit der Beratungsstelle für LRS werden die Testkosten mit dem Beitrag für den ersten Fördermonat verrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus und senden Sie es an die oben genannte Adresse oder faxen Sie es uns zu.

Nach Eingang Ihrer Anmeldung wird sich eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter unseres Teams mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin für die gewünschte LRS-Diagnostik mit Ihnen zu vereinbaren.