



Pädagogische Hochschule Weingarten
z.Hd. Fr. Ulrika Seel
Kirchplatz 2

88250 Weingarten

**Kontaktformular für interessierte Eltern
Anmeldung zur Erstdiagnose**

Datum:

Name des Kindes:		m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtstag:		
Name eines Erziehungsberechtigten:		
Straße:		
Wohnort:		
Telefon (Festnetz und Mobil):		
Email-Adresse:		
Schule:		Klasse:
Ort:		
Klassenlehrer/in:		Mathematiklehrer/-in:
Bitte kreuzen Sie an, wann Sie Zeit für ein Beratungsgespräch haben: <input type="checkbox"/> Montagnachmittag <input type="checkbox"/> Dienstagnachmittag <input type="checkbox"/> Mittwochnachmittag <input type="checkbox"/> Donnerstagnachmittag <input type="checkbox"/> Freitagnachmittag		
Bitte beschreiben Sie in zwei, drei Sätzen die Schwierigkeiten Ihres Kindes.		