



## Anmeldung Low-Vision-Abklärung

---

### Angaben zum Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Sozialvers.Nr.756...
Strasse	
PLZ/Ort	Kanton

---

### Angaben zu den Eltern

Vorname Vater	Beruf
Vorname Mutter	Beruf
E-Mail	Telefon

---

### Angaben zur Schule

Klasse	Schulhaus
Strasse	PLZ/Ort
Lehrperson	Telefon
E-Mail	

---

### Ergänzende Dienste

<b>Schulpsychologische Abklärung</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Name		
Strasse	PLZ/Ort	

obvita ist die Organisation des Ostschweizerischen Blindenfürsorgevereins.

\_\_\_\_\_  
**Frühförderung** Ja                       Nein

Dauer \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Augenarzt**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie der Anmeldung den aktuellsten Augenarztbericht bei.**

\_\_\_\_\_  
**Andere Therapien**

\_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten**

### **Weitere Informationen und Kontakt**

**Rana Yilmaz | Koordinatorin INTAKE**  
Rorschacherstrasse 268 | 9016 St. Gallen  
sehberatung.j@obvita.ch  
Tel. 071 246 61 50