



## Kinder- / Hausarzt

---

Name, Vorname, Ort:

**Dies ist bei uns unserem Kind aktuell:** (Bsp. Heilpädagogische Früherziehung, Logopädie, Therapien, Allergien, Beeinträchtigungen, ...)

---

## Bemerkungen

---

Alle Angaben dienen einer guten Zusammenarbeit zwischen Schule und Eltern und werden vertraulich behandelt.

Formular bitte einreichen an: [karin.wetter@schule-rothrist.ch](mailto:karin.wetter@schule-rothrist.ch)  
oder: Schulverwaltung Rothrist, Bernstrasse 108, 4852 Rothrist.