

**Fachstelle für Früherziehung und  
Sinnesbehinderungen  
Heilpädagogischer Früherziehungsdienst**

## Anmeldeformular der Eltern für Erstkontakt

### Personalien des Kindes

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Zuständiger Arzt \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_

### Personalien der Eltern

	Mutter	Vater
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Adresse	_____	_____
PLZ Ort	_____	_____
Nationalität	_____	_____
Telefon Privat	_____	_____
Mobile	_____	_____
E-Mail	_____	_____

Deutschkenntnisse  ja

nein

Muttersprache \_\_\_\_\_

**Anmeldungsgrund**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

---

---

---

**=> Einsenden an:**

(je nach Wohnort, siehe Karte "Einzugsgebiete der Zweigstellen)

**Heilpädagogischer Früherziehungsdienst**

**Zweigstelle Luzern**  
**Weggismattstrasse 23**  
**6004 Luzern**

**Zweigstelle Sursee-Willisau**  
**Haselmatte 2A**  
**6210 Sursee**