



**KANTON  
APPENZELL INNERRHODEN**

**Erziehungsdepartement**

Amt für Pädagogisch-therapeutische Dienste  
Hauptgasse 51  
9050 Appenzell  
Telefon +41 71 788 93 7366  
Telefax +41 71 788 93 69  
edith.tinner@ed.ai.ch  
www.ai.ch

Erziehungsdepartement  
Pädagogisch-therapeutische Dienste  
Hauptgasse 51  
9050 Appenzell

**Anmeldung zur Abklärung beim Zentrum für  
Wahrnehmungsstörungen St. Gallen**

Kind		Eltern	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geburtsdatum		Adresse	
		PLZ/Ort	
		Tel. Nr.	

**Abklärungsgrund**

*Auffälligkeiten, Beobachtungen, Schwierigkeiten, Fragestellung*

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Antragsstelle**

*Eltern, Haus- und Kinderärzte, andere Fachpersonen, Schulpsychologischer Dienst  
(bitte Adresse angeben)*

..... Tel.: .....  
 ..... Mobile: .....  
 ..... E-Mail: .....  
 .....  
 Datum ..... Unterschrift der Eltern / Antragssteller

**Erziehungsdepartement / Amt für Pädagogisch-therapeutische Dienste**

Bewilligung der Abklärung / Abrechnung nach Tarifvereinbarung

Amt für Pädagogisch-therapeutische Dienste  
Appenzell I.Rh.

.....  
 Datum ..... Edith Tinner