Früherziehungsdienst des Kantons Bern **FED**

Anmeldung FIFKA

Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus

Bitte senden an: Früherziehungsdienst des Kantons Bern
Geschäftsstelle
Frankenstrasse 1
Postfach 562
3018 Bern oder per Mail an: fed-be@hfe-hin.ch

031 869 18 78

Start FIFKA	☐ **September** ☐ **Februar**
Kind Vorname/Name Geburtsdatum	.....☐ w ☐ m .....
Eltern / Erziehungsberechtigte Vorname/Name **Mutter** Vorname/Name **Vater** Strasse / PLZ/Ort Telefon/Mobile E-Mail	Vorname: ..... Name: ..... Vorname: ..... Name: ....
Nationalität	.....
Primäre **Familiensprache**	☐ Deutsch ☐ Französisch ☐ andere: .....
Diagnose	....
Hausarzt Strasse / PLZ/Ort E-Mail Telefon	....
Abklärungsstelle Strasse / PLZ/Ort E-Mail Telefon **Kontaktperson** direkte Telefon-Nr. / E-Mail	....

Ich stimme zu, dass meine Daten gemäss Datenschutzerklärung auf www.fed-be.ch/dse bearbeitet werden.

Datum: ..... **Unterschrift** Mutter/Vater:
oder Erziehungsberechtigte .....

(Die Unterschrift mindestens eines Elternteils ist **zwingend** notwendig zur Weiterbearbeitung der Anmeldung.)