

11.6. Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartner

Kind: _____ päd. Fachkraft: _____

| | Ansprechpartner/in | Telefon | Fax | E-Mail |
|-----------------------------------|--------------------|---------|-----|--------|
| Amt für Jugend | | | | |
| Sozialer Dienst | | | | |
| Heilpädagogischer Fachdienst | | | | |
| Psychologische Beratungsstelle | | | | |
| Medizin/Therapie | | | | |
| Arzt | | | | |
| Sozialpädiatrisches Zentrum | | | | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | | |
| Logopädie | | | | |
| Ergotherapie | | | | |
| Frühförderstelle | | | | |
| | | | | |
| Schule | | | | |
| Lehrer | | | | |
| | | | | |
| Weitere | | | | |
| Tagesmutter | | | | |
| Pflegefamilie | | | | |
| | | | | |