***BRIEFKOPF THERAPIESTELLE***

 Amt für Volksschulen und Sport

 Abteilung Sonderpädagogik

 Postfach 2192

 6431 Schwyz

**Gesuch zur Kostenübernahme der Psychomotoriktherapie**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Adresse |       |
|       |
| Geb.-Datum |       |
| Schulort/-stufe |       |

1. [ ]  IS ASS (halber Tarif)
2. [ ]  IS HZ (halber Tarif)
3. [ ]  Sonderschulung in ausserkantonaler Institution

Verfügung AVS, Nr.       ausgestellt am:

Therapiezeitraum von       bis

(max. bis Ablauf der Sonderschulverfügung des Amtes für Volksschulen und Sport)

Name Therapeut/Therapeutin

Intensität der Therapie       Stunde(n)/Woche

[ ]  Einzeltherapie [ ]  Zweiergruppe [ ]  Dreiergruppe

**Begründung für die Therapie / Therapieziele:**

(bei Verlängerungen bitte einen Zwischenbericht beilegen)

|  |
| --- |
|       |

Ort/Datum       ……………………………………………….

 Unterschrift PMT TherapeutIn

Ort/Datum       ……………………………………………….

 Unterschrift Schulleitung

Das Gesuch kann entweder über das [Kontaktformular](https://www.sz.ch/verwaltung/bildungsdepartement/amt-fuer-volksschulen-und-sport/sonderpaedagogik/kontakt.html/8756-8758-8802-9466-9467-11595-12285) der Abteilung Sonderpädagogik hochgeladen (sichere Verbindung, auch für sensible Daten geeignet) oder per E-Mail an asopa.avs@sz.ch gesendet werden (nicht gesicherte Verbindung, Datenschutz beachten).