***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](mailto:asopa.avs@sz.ch) gesendet werden (nicht gesicherte Verbindung, Datenschutz beachten).