**Heimkurs Gebärdensprache**

**Das ausgefüllte Formular ist zusammen mit der Rechnung des Schweizerischen  
Gehörlosenbundes (SGB) dem Bildungsdepartement einzureichen.**

**Angaben Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Adresse** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Heimkurs Gebärdensprache SGB**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum von/bis** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Name / Vorname**  **Kursleitung SGB** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Zuständige APD Fachperson**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name / Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Datum und Unterschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kursleitung SGB** |  |
| **Eltern** |  |

**Adresse / Kontakt**

Kanton St.Gallen, Bildungsdepartement, Amt für Volksschule, Abteilung Sonderpädagogik, Davidstrasse 31, 9001 St.Gallen

Für Fragen und weitere Auskünfte steht Ihnen die Abteilung Sonderpädagogik gern zur Verfügung (058 229 33 28).