

**BRIEFKOPF THERAPIESTELLE / NAME THERAPEUTIN**

Amt für Volksschulen und Sport  
Sonderpädagogik  
Postfach 2192  
6431 Schwyz

**KOSTENABRECHNUNG der Psychomotoriktherapie**

Name, Vorname .....  
Adresse .....  
Geb.-Datum .....  
Schulstufe .....  
Name TherapeutIn .....  
Kostengutsprache vom .....

Verfügter Therapiezeitraum gem. Kostengutsprache AVS: vom ..... bis .....

**Abrechnung ..... Quartal 200.....**

	<b>Anzahl Stunden à Fr. 135.35</b>		<b>Total</b>
<b>Einzeltherapie</b>		135.35	-
<b>Therapie in Zweiergruppe</b>		135.35	-
<b>Therapie in Dreiergruppe</b>		135.35	-
<b>GESAMTTOTAL</b>			-

Ort, Datum: