

**BRIEFKOPF THERAPIESTELLE**

Amt für Volksschulen und Sport  
Sonderpädagogik  
Postfach 2192  
6431 Schwyz

**ANTRAG zur Kostenübernahme der Psychomotoriktherapie**

Name, Vorname .....  
Adresse .....  
Geb.-Datum .....  
Schulstufe .....

- a)  IS Verhalten
- b)  IS HZ
- c)  Sonderschulung in ausserkantonaler Institution

Verfügung AVS, Nr. ....ausgestellt am: .....

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

Name Therapeut/Therapeutin .....

Intensität der Therapie ..... Stunde(n)/Woche

- Einzeltherapie       Zweiergruppe       Dreiergruppe

Ort/Datum .....  
.....  
Unterschrift PMT TherapeutIn

Ort/Datum .....  
.....  
Unterschrift Schulleitung

**BEWILLIGT**

vom..... bis.....

Schwyz, .....  
.....  
Urs Bucher, Vorsteher  
Amt für Volksschulen und Sport  
Postfach 2192, 6431 Schwyz