

Stadt Dortmund – Jugendamt
Fachstelle 35a
Ostwall 64

44135 Dortmund

Dortmund, der _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrag ich (*Name*) _____

autismusspezifische Therapie für meinen Sohn/ meine Tochter

_____.

Kontaktdaten

Name (*des Kindes*) _____

Geb.- Datum (*des Kindes*) _____

Diagnose _____

Adresse (Straße) _____

Postleitzahl _____

Anlagen:

- Autismusdiagnostik mit IQ Test