

Anmeldung zur Abklärung

Wir bitten die Lehrpersonen den ersten Teil der Anmeldung zuerst auszufüllen und das Formular anschliessend an die Eltern weiterzureichen. Die Eltern füllen dann den zweiten Teil aus. Wir bestätigen der Lehrperson den Eingang der Anmeldung. Eine Therapeutin meldet sich zur Vereinbarung des Abklärungstermins bei der Familie.

Die Therapien finden während der Unterrichtszeiten statt.

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Geb.: Tel.:

Name/Vorname des Vaters:

Name/Vorname der Mutter:
(bei getrennt lebenden Eltern bitte 1. Ansprechperson unterstreichen)

Name/ Vorname der Lehrperson:

Klasse: Schulhaus:

Telefon Schule: Telefon Privat:

Email-Adresse:

Anmeldungsgrund:
.....
.....

Beobachtungen:

Grobmotorik (Wie bewegt sich das Kind im Turnen, im Spiel? Wie gross ist sein Bewegungsdrang? ...?)

.....
.....
.....

Feinmotorik (Wie bastelt und werkt es? Kann es altersübliche Fertigkeiten ausführen? ...?)

.....
.....
.....

Graphomotorik (Wie schreibt das Kind? Wie sieht die Schrift aus? Wie ist das Zeichnen?)

.....
.....
.....

Verhalten (Wie geht das Kind mit Erfolg und Misserfolg um? Wie reagiert es auf Druck von aussen?)

.....
.....
.....

Arbeitsverhalten (Wie sind die Ausdauer, Konzentration, Ermüdbarkeit und das Arbeitstempo?)

.....
.....
.....

Beziehung

zur Kindergärtnerin / Lehrperson?

.....

zu MitschülerInnen und anderen Kindern?

.....

.....

.....

Welche konkreten Auswirkungen haben die beschriebenen Schwierigkeiten im Schulalltag?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort und Datum:

Unterschrift der Lehrperson:

Diese Fragen sind durch die Eltern zu beantworten.

Bitte bei Bedarf ein Zusatzblatt verwenden

Welches sind besondere Interessen / Stärken Ihres Kindes?

.....
.....
.....

Welche Auswirkungen haben die oben beschriebenen Schwierigkeiten im Alltag daheim / in der Familie?

.....
.....
.....

Bisherige Abklärungen und/oder Therapien (z.B.: Frühberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Schulpsychologischer Dienst, Logopädie, Psychotherapie, Legasthenie, Dyskalkulie, ...).

Bitte Art, Zeitraum und Therapeut/In notieren.

.....
.....
.....

Ort und Datum:

Unterschrift der Eltern: