

## Anmeldung für Psychomotorik Abklärung

---

<b>Nachname</b>	<b>Vorname des Kindes</b>	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<b>Geb. Datum</b>	<b>Klasse, KG-Jahr</b>
<b>Strasse / Nr.</b>		<b>PLZ/Ort</b>		

---

<b>Name der Mutter</b>	<b>Vorname</b>	<b>Name des Vaters</b>	<b>Vorname</b>
<b>Tel. Privat</b>	<b>Tel. Mobil</b>	<b>Tel. Privat</b>	<b>Tel. Mobil</b>
<b>E-mail</b>		<b>E-mail</b>	

### Gegebenenfalls Sorgerecht/Pflegefamilie

#### Familiensprache

**Geschwister** (Vorname, Geburtsjahr)

---

<b>Lehrperson//IF-Person</b>	<b>Schulort</b>	<b>Schulhaus/Kiga</b>
<b>E-mail Lehrperson</b>	<b>Telefon Schule/Kiga</b>	<b>Telefon privat</b>

### Bisherige Untersuchungen

ASP  KJPD  Kinderspital  Kinderarzt  Heilpädagogische Früherziehung  Ergotherapie  
andere \_\_\_\_\_

### Kinder-, Hausarzt

### Besuchte und aktuelle Therapien (Logopädie, Ergotherapie, ...) /andere Fördermassnahmen (IF, IS, ...)

Therapie/Therapeutin Dauer (von-bis)

### Einbezug weiterer Fachpersonen gewünscht

IF/IS-Lehrpersonen  Schulleitung  Logopädie  Komin  
 ASP  KJPD  RGZ  Arzt  
 andere \_\_\_\_\_

## Anmeldungsgrund

### Motorik/Wahrnehmung

- Grobmotorik
- Gleichgewicht
- Koordination
- Feinmotorik
- Grafomotorik
- Wahrnehmung
- Orientierung
- 

### Selbstkonzept/Sozialverhalten

- Interaktion
- Regelverständnis
- Selbstbild,-einschätzung
- Verhalten gegenüber Neuem
- 

### Kognition/Lernverhalten

- Motivation/Initiative
- Aufmerksamkeit
- Konzentration
- Ausdauer
- Ideen/Fantasie
- Umgang mit Anforderungen
- 

### Ressourcen

## Momentane Schul-/Kindergartensituation

---

### Einverständnis für eine psychomotorische Anmeldung

Datum

Unterschrift

Lehrperson/IF:

Eltern:

Schulleitung:

**Bitte vollständig ausfüllen!**

**Kopie dieser Anmeldung wird mit der Anmeldebestätigung seitens der Therapiestelle den Eltern zurückgesandt.**