

# SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST WINTERTHUR-LAND

## A N M E L D E B L A T T

Mit diesem Formular haben Eltern und Lehrkräfte die Möglichkeit, ein Kind für eine schulpsychologische Untersuchung anzumelden.

Schüler/Schülerin:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht m  w   
Nationalität \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

Eltern bzw. Erziehungsverantwortliche:

Mutter:	Vater:
Name, Vorname _____	Name, Vorname _____
Beruf _____	Beruf _____
Strasse _____	Strasse _____
PLZ/Ort _____	PLZ/Ort _____
Tel. P _____	Tel. P _____
Natel _____	Natel _____
e-mail _____	e-mail _____

Schule:

Schulgemeinde _____	Schulhaus _____
Lehrperson _____	Klasse _____
Tel. Schule _____	Tel. Lehrperson _____

Anmeldegrund und konkrete Fragestellung: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift der Eltern: Mutter Vater

Datum und Unterschrift der Schulleitung / Schulpflege Datum und Unterschrift der Lehrperson

Beschreiben Sie bitte in Stichworten die Situation, in der sich das Kind befindet:

In der Schule: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Zu Hause und in der Freizeit: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Bisherige Therapien und/oder schulische Massnahmen: \_\_\_\_\_

---

---

---

Weitere Angaben zum Kind: \_\_\_\_\_

---

Geschwisterreihe:

Name	Jahrgang	Name	Jahrgang

Ihre Anliegen/Erwartungen an die Untersuchung und Beratung:

---

---

Bei fremdsprachigen Kindern: seit wann ist das Kind in der Schweiz? \_\_\_\_\_

Ist eine Übersetzung notwendig?  für das Kind  für die Eltern

Wurde die Anmeldung mit uns vorbesprochen?  Ja  Nein