



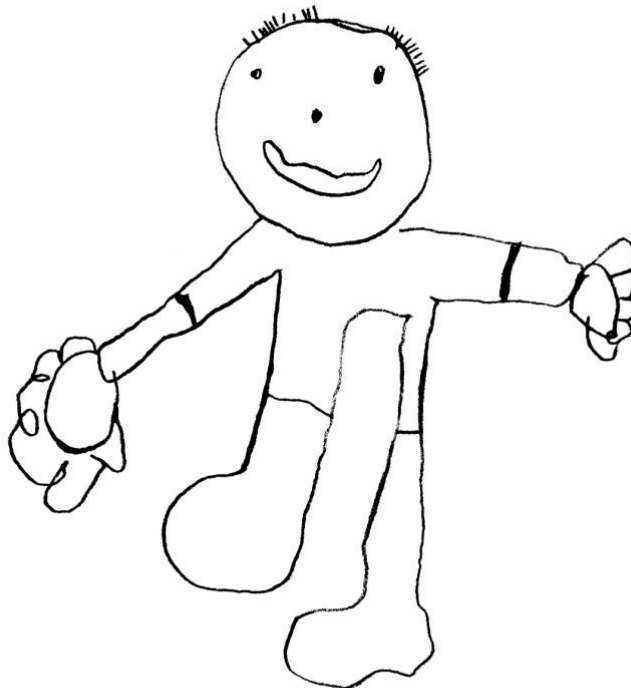
ANMELDEFORMULAR

Mit diesem Formular haben Eltern und Lehrpersonen die Möglichkeit, ein Kind für eine Psychomotorik- Abklärung anzumelden.

Die Anmeldung ist vollständig, wenn die Eltern, die Lehrperson und die Schulleitung mit Ihrer Unterschrift das Einverständnis gegeben haben.

Um die notwendige Transparenz zu gewährleisten, empfehlen wir, das Formular so auszufüllen, dass die Eltern und die Lehrperson die Einträge voneinander sehen.

Mit dem Ausfüllen des Anmeldeformulars leisten Sie wertvolle Mithilfe, damit wir das Kind möglichst in seiner Ganzheit und Einmaligkeit verstehen können. Alle Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt.



Aus welchen Gründen wird eine Psychomotorik- Abklärung gewünscht?

- Grobmotorik Feinmotorik Grafomotorik Raumorientierung und Körperwahrnehmung

Andere

Kurze Beschreibung der Situation, der Persönlichkeit und der Schwierigkeiten des Kindes

Kiga/Primar:

zu Hause:

Zentrale Fragestellung:

Beobachtung zum Verhalten des Kindes

Welche Aktivitäten / Spielsituationen bevorzugt das Kind?

Kiga/Primar:

zu Hause:

Was verweigert es? Wo weicht es aus?

Kiga/Primar:

zu Hause:

Wie geht es mit Schwierigkeiten um? (Allfällige Kompensation: Clownerie, Erzähldrang, Wutanfälle, Bettnässen, Angst, Tics...)

Kiga/Primar:

zu Hause:

Wie nimmt es Beziehungen auf und wie ist es integriert?

Kiga/Primar:

zu Hause:

Wie geht es mit Nähe / Berührung um, wie mit Schmerzen?

Kiga/Primar:

zu Hause:

Kommunikationsverhalten (z.B. zuhören/verstehen, sich ausdrücken, Blickkontakt...)

Kiga/Primar:

zu Hause:

Gibt es körperliche / medizinische Einschränkungen?

Bisherige Abklärungen, Fördermassnahmen, Therapien etc. (Kopien der Berichte erwünscht)

Bitte Zutreffendes ankreuzen und wenn nötig passende Begriffe unterstreichen.

Grobmotorik

- Das Kind...
- | LP | E | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...bewegt sich verkrampft; ist oft angespannt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...bewegt sich kraftlos; wirkt oft schlaff |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...setzt zu viel oder zu wenig Kraft ein (Kraftanpassung) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeigt ein unsicheres Gleichgewicht |

Raumorientierung und Körperwahrnehmung

- Das Kind...
- | LP | E | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Schwierigkeiten sich zurecht zu finden: vorne/hinten, rechts/links, oben/unten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...findet Dinge im Raum, in Kästen usw. nicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...scheint sich und seinen Körper wenig wahrzunehmen, hat häufig kleine Verletzungen und Unfälle (stolpern, sich anstossen) |

Feinmotorik

- Das Kind...
- | LP | E | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Schwierigkeiten, sich selbständig anzukleiden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Mühe im Umgang mit der Schere und anderen Werkzeugen (Spitzer, Besteck, Reissverschluss, Lineal, Zirkel) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Mühe bei der Handhabung von kleinen, feinen Spielzeugen / Gegenständen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...setzt zu viel oder zu wenig Kraft ein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeichnet und bastelt nicht gerne |

Grafomotorik

Schreibhand

- rechts links noch unklar

- Das Kind...
- | LP | E | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat eine ungünstige Stifthaltung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeichnet / schreibt zu langsam oder zu schnell |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeichnet / schreibt verkrampft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeichnet / schreibt mit zu wenig oder zu viel Druck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Mühe, Formen bzw. Buchstabenabläufe wiederzugeben |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...zeichnet / schreibt zittrig, ausfahrend oder setzt häufig neu an |

Allgemeines Lernen

- Das Kind...
- | LP | E | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...ermüdet schnell und hat wenig Ausdauer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...gibt schnell auf |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...steht Neuem ablehnend gegenüber |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Mühe sich zu konzentrieren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat einen übermässigen Bewegungsdrang |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...führt Aufträge zaghaft und verträumt aus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...arbeitet unsorgfältig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...kann sich schlecht motivieren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...kann Handlungen nicht selbständig planen und/oder umsetzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat Mühe, sich an Regeln und Abmachungen zu halten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ...hat wenig Selbstvertrauen |

Schüler/Schülerin:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Nationalität _____ Muttersprache _____

Adresse _____

Eltern bzw. Erziehungsverantwortliche:

Mutter: Vater:

Name, Vorname _____ Name, Vorname _____

Strasse _____ Strasse _____

PLZ/Ort _____ PLZ/Ort _____

Tel. P _____ Tel. P _____

Natel _____ Natel _____

e-mail _____ e-mail _____

Sorgerecht? beide Mutter Vater

Ist eine Übersetzung notwendig? für das Kind für die Eltern

Geschwisterreihe:

Name	Jahrgang	Name	Jahrgang
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Schule:

Schulgemeinde _____ Schulhaus _____

Lehrperson _____ Klasse _____

Tel. Schule _____ Tel. Lehrperson _____

Datum und Unterschrift der Eltern: Mutter Vater

Datum und Unterschrift der Lehrperson: Datum und Unterschrift der Schulleitung: