

## Anmeldung für eine Psychomotorische Abklärung mit dem Einverständnis der Eltern

Name Kind: .....	Vorname: .....	Geb. Datum: .....
Erziehungsberechtigte: .....		
Strasse/Ort:.....		Tel.: .....
		Mail: .....
Nationalität: .....	Kontakt in Deutsch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Sprache: .....	
Lehrperson <input type="checkbox"/> *:	Tel.....	Mail: .....
IF-Lehrperson <input type="checkbox"/> *:	Tel.....	Mail: .....
Schulhaus: .....	Klasse: .....	
* <input type="checkbox"/> Ansprechperson		

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Kind wurde bereits  schulpsychologisch  logopädisch  kinderärztlich  kinderpsychiatrisch abgeklärt? Wenn ja wann und bei wem: .....
- Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien oder Unterstützung?  nein  ja  
Wenn ja, welche:.....
- Ist das Kind zur Zeit in einer Therapie?  nein  ja  
Wenn ja, welche und bei wem: .....

### Anmeldungsgrund / Fragestellung:

---

.....

.....

.....

.....

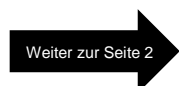
### Beobachtungen:

#### Grobmotorik / Bewegungsverhalten (Turnen, Sport, Spielplatz)

---

.....

.....



**Feinmotorik** (Alltagshandlungen wie Reissverschluss, Schuhe binden, basteln, werken)

.....  
.....

**Grafomotorik** (Zeichnen, Malen, Schreiben – evt. Kopie beilegen)

.....  
.....

Händigkeit:  rechts  links  unklar

**Wahrnehmung** (Hören, Sehen, Spüren, Orientieren)

.....  
.....

**Verhalten** (emotional, sozial, Arbeitsverhalten) und **Beziehung** zu Lehrpersonen und MitschülerInnen

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

**Ort/Datum:** ..... **Unterschrift der Lehrperson:** .....

**Ergänzungen der Eltern**

---

Welche Schwierigkeiten beobachten Sie im Alltag mit Ihrem Kind?

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

Weitere Anliegen / Bemerkungen der Eltern

.....  
.....

Die Psychomotoriktherapeutin ist berechtigt, alle zur Überprüfung notwendigen Informationen einzuholen. Die von ihr kontaktierten Fachpersonen sind zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht entbunden.

**Ort/Datum:** ..... **Unterschrift der Eltern:** .....

Bitte schicken Sie das Formular aus Datenschutzgründen per Post an die zuständige Psychomotoriktherapeutin Ihres Schulkreises.

Adresse: Psychomotoriktherapie Emmen, Gerliswilstrasse 21, 6020 Emmenbrücke