

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:

.....

.....

.....

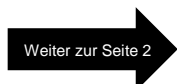
.....

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