



## Anmeldung zur Psychomotorik-Abklärung

Anmeldedatum:

### Personalien des Kindes

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Bevorzugte Sprache: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Geschlecht weiblich männlich ISR-Status: Ja Nein in Abklärung

### Personalien der Eltern / Erziehungsberechtigten

| Erziehungsberechtigte(r)      | Erziehungsberechtigte(r) |
|-------------------------------|--------------------------|
| Name: _____                   |                          |
| Vorname: _____                |                          |
| Strasse: _____                |                          |
| PLZ / Ort: _____              |                          |
| Telefon: _____                |                          |
| Email: _____                  |                          |
| Dolmetscher benötigt? Ja Nein | Sprache: _____           |

### Angaben der Lehrperson:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Name und Adresse Schulhaus / Kindergarten: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
Schulleitung: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Klassenhandy: \_\_\_\_\_  
Bildungsteam: Süd Ost Mitte Nord West

### Anmeldegrund / Erhoffte Veränderung:





### Angaben zum Kind

**Verhalten, Wahrnehmung** (Selbstvertrauen, Sozialverhalten, Spielverhalten, etc.)

**Grobmotorik** (laufen, hüpfen, Sprünge, Gleichgewicht, Tempo, Kraft, etc.)

**Fein- und Grafomotorik** (basteln, Umgang mit Schere, Schreibhaltung, Druck, Tempo)

### Bemerkungen

### Andere Massnahmen / Abklärungen

**Wir sind mit der Abklärung einverstanden und bereit bei einer allfälligen Therapie unser Kind/SuS zu unterstützen und mitzuarbeiten. Mit der Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ein Austausch über mein Kind mit seinen Lehrpersonen und Therapeut:innen stattfinden darf:**

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Lehrperson: \_\_\_\_\_