Departement Schule und Sport

**Schulpsychologischer Dienst**

Schützenstrasse 3

8403 Winterthur

Telefon 052 267 55 37

Email: spd@win.ch

|  |
| --- |
| **Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung und Abklärung** **bei Stufenübertritt** **(3. Kindergartenjahr / Einschulungsklasse / 1. Klasse)** |

Kind

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | Vorname |       |
| Geburtsdatum |       | Geschlecht | [ ]  m [ ]  w [ ]  weiteres:       |
| Nationalität |       | Muttersprache |       |
| Wohnhaft bei | [ ]  Eltern [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ] andere:       |

**Eltern/Erziehungsberechtigte**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |       | Name, Vorname |       |
| Strasse |       | Strasse |       |
| PLZ, Ort |       | PLZ, Ort |       |
| Telefon |       | Telefon |       |
| E-Mail |       | E-Mail |       |
| Dolmetscher nötig? | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  Sprache:       |
| Familiensituation | [ ]  Eltern leben zusammen [ ]  Eltern getrennt/geschieden [ ]  andere:       |
| Sorgerecht | [ ]  gemeinsam [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Beistand/Beiständin:       |

**Angaben zum Kindergarten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kindergarten |       | Schulkreis |       |
| Kindergartenjahr | [ ]  1. [ ]  2. [ ]  3. | Tel. Kindergarten  |       |
| Kindergärtner/in |       | Telefon / E-Mail |       |
| IF / Heilpädagoge/in |       | Telefon / E-Mail |       |
| Weitere involvierte Fachpersonen (bitte Namen angeben) |
| [ ]  DaZ:       | [ ]  Logopädie:       | [ ]  Psychomotorik:       |
| [ ]  SSA:       | [ ]  schulergänzende Betreuung:       | [ ]  2. Lehrperson:       |

**Beobachtungen der Lehrperson / Fachperson**

*Bitte beurteilen Sie die jeweilige Ausprägung der folgenden Merkmale für das Kind.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Stellung in der Gruppe** |  |
| nicht integriert | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | voll integriert |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Einordnung in die Gruppe/Konformität** | überangepasst |
| nicht angepasst | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | sehr angepasst |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Emotionsregulation** |  |
| gehemmt | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | impulsiv |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Temperament** |  |
| ruhig | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | lebhaft |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Fantasie** |  |
| ideenlos | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | kreativ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Offenheit gegenüber Neuem** |  |
| lustlos | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | interessiert |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Konzentrationsfähigkeit** |  |
| ablenkbar | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | konzentriert |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Intellektuelle Fähigkeit** |  |
| schwach | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | stark |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Merkfähigkeit** |  |
| tief | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | hoch |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Arbeitstempo** |  |
| langsam | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | schnell |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Sorgfalt** |  |
| ungenau | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | genau |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Sprache** |  |
| schwach | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | stark |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Grobmotorik** |  |
| ungeschickt | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | geschickt |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Feinmotorik** |  |
| ungeschickt | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | geschickt |

**Allgemeine Beschreibung des Kindes**

*Wie erleben Sie das Kind? (Lern- und Leistungsverhalten, Sozialverhalten, emotionale Befindlichkeit, besondere Begabungen und Interessen, Ressourcen, Gesundheitszustand)*

**Wie schätzen Sie die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes ein?**

*Zum Beispiel Wortschatz, Verständnis und Ausdruck, Kommunikationsfähigkeit*

**Wie schätzen Sie das logisch-mathematische Denken des Kindes ein?**

*Zum Beispiel schlussfolgerndes Denken, Mengen- und Zahlenbegriff*

**Was wurde bisher unternommen?**

*Welche Unterstützungsmassnahmen wurden von der Schule oder von den Eltern bereits in die Wege geleitet (z.B. DaZ, Integrative Förderung, SSA, disziplinarische Massnahmen, Abklärungen, Therapien)?*

**Sonstige Bemerkungen**

*Verhalten in der Kindergruppe, Familiensituation, Besonderheiten in der körperlichen und psychischen Entwicklung, Gehör- und Sehstörungen*

**Einschätzung der Lehrperson hinsichtlich des Stufenübertritts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Bereit für den Stufenübertritt** |  |
| Nicht bereit  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | eindeutig bereit |

**Haltung der Eltern hinsichtlich des Stufenübertritt (falls bekannt)**

[ ]  **Förderpläne** und/oder logopädische Unterlagen sind vorhanden (Kopien bitte beilegen)

**[ ]**  **SSG** hat am stattgefunden (Kopie Kurzprotokoll bitte beilegen)

**Die Anmeldung wurde mit**  **(Name des/der zuständigen Schulpsychologen/in)**

**am**  **vorbesprochen.**

**Unterschriften** (mit der Abklärung einverstanden)

|  |
| --- |
| Ort und Datum Eltern/Erziehungsberechtigte |
| Ort und Datum Lehrperson |
| Ort und Datum Schulleitung |
| Bei Einbezug der Leitung Bildung |
| Ort und Datum Leitung Bildung |