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 |