**Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung**

**Kind**

Name hier Text eingeben Vorname hier Text eingeben

Strasse hier Text eingeben Geburtsdatum hier Text eingeben

PLZ / Ort hier Text eingeben Klasse/Niveau hier Text eingeben

Geschlecht Auswahl Nationalität hier Text eingeben

Dolmetscher notwendig Auswahl Sprache hier Text eingeben

**Mutter Vater**

Name hier Text eingeben Name hier Text eingeben

Vorname hier Text eingeben Vorname hier Text eingeben

Beruf hier Text eingeben Beruf hier Text eingeben

Telefon hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Mail hier Text eingeben Mail hier Text eingeben

Dolmetscher notwendig Auswahl Dolmetscher notwendig Auswahl

Sprache hier Text eingeben Sprache hier Text eingeben

**Lehrpersonen**

Schulhaus hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Lehrperson hier Text eingeben IF-Lehrperson hier Text eingeben

Telefon hier Text eingeben Telefon hier Text eingeben

Mail hier Text eingeben Mail hier Text eingeben

**Involvierte Fachpersonen und Fachstellen**

**Aktuelle Unterstützungsmassnahmen/Therapien** (SPD, LPD, PMT, SSA, jufa, HFD, KJPD, Kinderarzt, andere)

hier Text eingeben hier Text eingeben

hier Text eingeben hier Text eingeben

**Bisherige Abklärungen/Therapien/Massnahmen** (SPD, LPD, PMT, SSA, jufa, HFD, KJPD, Kinderarzt, andere)

hier Text eingeben hier Text eingeben

hier Text eingeben hier Text eingeben

**Grund der Anmeldung / Verhalten**

**Grund der Anmeldung**

hier Text eingeben

**Womit beschäftigt sich das Kind am liebsten in seiner Freizeit?**

hier Text eingeben

**Wie verhält sich das Kind im sozialen Bereich?**

hier Text eingeben

**Wie sind sein Spiel- und Arbeitsverhalten?**

hier Text eingeben

**Wie sind Grob-, Fein- und Graphomotorik?**

hier Text eingeben

**Wie ist seine Händigkeit?**

Auswahl

**Unterschriften**

Anmeldende Person Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: Datum

**Bitte schicken Sie die Anmeldung aus Datenschutzgründen per Post oder digital verschlüsselt.**

Psychomotorik Therapiestelle, Rischstrasse 9, 6030 Ebikon  
psychomotorik@schuldienste-rontal.ch