



Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

Kind

Name	Vorname
Strasse	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Klasse/Niveau
Geschlecht	Nationalität
Dolmetscher notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprache

Mutter

Name
Vorname
Beruf
Telefon
Mail
Dolmetscher notwendig ja nein
Sprache

Vater

Name
Vorname
Beruf
Telefon
Mail
Dolmetscher notwendig ja nein
Sprache

Lehrpersonen

Schulhaus	Telefon
Lehrperson	IF-Lehrperson
Telefon	Telefon
Mail	Mail

Involvierte Fachpersonen und Fachstellen

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

Fachstelle	Fachperson
Was	Wann

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

Fachstelle	Fachperson
Was	Wann

Grund der Anmeldung / Verhalten

Grund der Anmeldung

Womit beschäftigt sich das Kind am liebsten in seiner Freizeit? (Hobbies, Freizeit)

Wie verhält sich das Kind im sozialen Bereich? (Kontakt zu anderen Kindern)

Wie sind sein Spiel- und Arbeitsverhalten? (Konzentration, Ausdauer, Arbeitstempo)

Wie sind Grob-, Fein- und Graphomotorik? (Turnen, Malen, Basteln)

Wie ist seine Händigkeit?

rechts links unklar

Unterschriften

Anmeldende Person

Erziehungsberechtigte

Datum:

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

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