



ANMELDUNG

Schulgemeinde _____ Schulhaus /
Kindergarten _____

Schüler / Schülerin

Familienname _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht _____
Klasse _____ Kindertarteneintritt
(Jahr angeben) _____
Familiensprache(n) _____ Nationalität _____

Elternteil 1 gleiche Adresse wie Elternteil 2

Familienname _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Wohnort _____
Mobil / Telefon _____
E-Mail _____

Elternteil 2 gleiche Adresse wie Elternteil 1

Familienname _____
Vorname _____
Strasse _____
PLZ / Wohnort _____
Mobil / Telefon _____
E-Mail _____

Weitere Angaben

Eltern leben getrennt / geschieden
 Geschwister (Name und Jahrgang angeben) _____
Sorgerecht bei Elternteil 1 Elternteil 2

Für nicht Deutsch sprechende Eltern oder Kinder

Übersetzung Nein Ja Kind Eltern
Sprache _____
In der Schweiz seit _____

Schule

Klassenlehrperson _____ **Klassenlehrperson** _____
Vorname, Name _____ Vorname, Name _____
E-Mail _____ E-Mail _____
Mobil / Telefon _____ Mobil / Telefon _____

Fachperson für Schulische Heilpädagogik _____ **Schulleitung** _____
Vorname, Name _____ Vorname, Name _____
E-Mail _____ E-Mail _____
Mobil / Telefon _____ Mobil / Telefon _____

Aus welchen Gründen wird eine Psychomotorik- Abklärung gewünscht?

- Grobmotorik Feinmotorik Grafomotorik Raumorientierung und Körperwahrnehmung
 sozio-emotionale Thematik Andere: _____

Kurze Beschreibung der Situation, der Persönlichkeit und der Schwierigkeiten des Kindes

Schule: _____

Privat: _____

Zentrale Frage: _____

Beobachtung zum Verhalten des Kindes

Welche Aktivitäten / Spielsituationen bevorzugt das Kind?

Schule: _____

Privat: _____

Was verweigert es? Wo weicht es aus?

Schule: _____

Privat: _____

Wie geht es mit Schwierigkeiten um? (Allfällige Kompensation: Clownerie, Erzähldrang, Wutanfälle, Bettnässen, Angst...)

Schule: _____

Privat: _____

Wie nimmt es Beziehungen auf und wie ist es integriert?

Schule: _____

Privat: _____

Wie geht es mit Nähe / Berührung um, wie mit Schmerzen?

Schule: _____

Privat: _____

Kommunikationsverhalten (z.B. zuhören/verstehen, sich ausdrücken, Blickkontakt...)?

Schule: _____

Privat: _____

Gibt es körperliche / medizinische Einschränkungen?

Schule: _____

Privat: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen und wenn nötig passende Begriffe unterstreichen.

Grobmotorik

Lehrperson	Eltern	Das Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...bewegt sich verkrampft; ist oft angespannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...bewegt sich kraftlos; wirkt oft schlaff
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...setzt zu viel oder zu wenig Kraft ein (Kraftanpassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeigt ein unsicheres Gleichgewicht

Raumorientierung und Körperwahrnehmung

Lehrperson	Eltern	Das Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Schwierigkeiten sich zurecht zu finden: vorne/hinten, rechts/links, oben/unten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...findet Dinge im Raum, in Kästen usw. nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...scheint sich und seinen Körper wenig wahrzunehmen, hat häufig kleine Verletzungen und Unfälle (stolpert, stösst sich an)

Feinmotorik

Lehrperson	Eltern	Das Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Schwierigkeiten, sich selbständig anzukleiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Mühe im Umgang mit der Schere und anderen Werkzeugen (Spitzer, Besteck, Reissverschluss, Lineal, Zirkel)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Mühe bei der Handhabung von kleinen, feinen Spielzeugen/Gegenständen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...setzt zu viel oder zu wenig Kraft ein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeichnet und bastelt nicht gerne

Grafomotorik

Schreibhand

rechts links noch unklar

Lehrperson	Eltern	Das Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat eine ungünstige Stifthaltung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeichnet/schreibt zu langsam oder zu schnell
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeichnet/schreibt verkrampft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeichnet/schreibt mit zu wenig oder zu viel Druck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...zeichnet/ schreibt zittrig, ausfahrend oder setzt häufig neu an

Allgemeines Lernen

Lehrperson	Eltern	Das Kind...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...ermüdet schnell und hat wenig Ausdauer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...gibt schnell auf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...steht Neuem ablehnend gegenüber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Mühe sich zu konzentrieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat einen übermässigen Bewegungsdrang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...führt Aufträge zaghaf und verträumt aus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...arbeitet unsorgfältig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...kann sich schlecht motivieren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...kann Handlungen nicht selbständig planen und/oder umsetzen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat Mühe, sich an Regeln und Abmachungen zu halten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...hat wenig Selbstvertrauen

Frühere Abklärungen *Kopien der Berichte erwünscht.*

- Heilpädagogische Frühberatung (HPF) _____
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) _____
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) _____
- Kinderarzt / Kinderärztin _____
- andere Fachperson _____

Bisherige und aktuelle Unterstützungsmassnahmen

- Integrative Förderung durch SHP
- Förderung durch SHP im Rahmen ISR
- Logopädie-Therapie
- Schulische Sozialarbeit (SSA)
- Deutsch-Unterricht (DaZ)
- Angepasste Lernziele (*Fächer angeben*)
- andere (inkl. HPF, Ergotherapie, Psychotherapie, Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienbegleitung)

Unterschriften
HINWEIS: Mit der Unterschrift wird das Einverständnis zur Durchführung einer psychomotorischen Abklärung, zur Erhebung und Bearbeitung der dafür erforderlichen Informationen sowie zum Informationsaustausch zwischen PMT und den unterzeichnenden Personen bzw. Institutionen bestätigt. Wer eine E-Mail-Adresse als Kontaktmöglichkeit angegeben hat, gibt damit das Einverständnis, dass administrative Informationen (Eingangs- oder Terminbestätigung, Terminumfragen etc.) unverschlüsselt via E-Mail kommuniziert werden dürfen. (Inhalte, die besonders schützenswerte Personendaten beinhalten (bspw. PMT-Berichte) werden vom PMT ausschliesslich mit verschlüsselter E-Mail-Kommunikation versendet.)

Eltern /
Erziehungsberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 1

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil 2

Lehrperson(en)

Ort, Datum

Unterschrift

Schulleitung

Ort, Datum

Unterschrift