



## ANMELDUNG

Schulgemeinde \_\_\_\_\_ Schulhaus /  
Kindergarten \_\_\_\_\_

### Schüler / Schülerin

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
Klasse \_\_\_\_\_ Kindergarteneintritt  
(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

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Mobil / Telefon \_\_\_\_\_

### Schulleitung

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
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 Fragestellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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