



## ANMELDUNG

Schulgemeinde	_____	Schulhaus / Kindergarten	_____
	_____		_____

### Schüler / Schülerin

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

<b>Elternteil 1</b>	<input type="checkbox"/> gleiche Adresse wie Elternteil 2	<b>Elternteil 2</b>	<input type="checkbox"/> gleiche Adresse wie Elternteil 1
---------------------	---	---------------------	---

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

### Weitere Angaben

<input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt / geschieden	Sorgerecht bei	<input type="checkbox"/> Elternteil 1	<input type="checkbox"/> Elternteil 2
<input type="checkbox"/> Geschwister (Name und Jahrgang angeben)	_____		
	_____		
	_____		

### Für nicht Deutsch sprechende Eltern oder Kinder

Übersetzung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Sprache	_____
	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Eltern	In der Schweiz seit	_____

### Schule

<b>Klassenlehrperson</b>		<b>Klassenlehrperson</b>	
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 \_\_\_\_\_