

Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

Personalien Schüler / Schülerin

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht	
Nationalität		Klasse	

Eltern / Erziehungsberechtigte

Name, Vorname Mutter		Name, Vorname Vater	
Beruf Mutter		Beruf Vater	
Adresse (wenn nicht identisch mit Kind)		Adresse (wenn nicht identisch mit Kind)	
Telefon	Mobil	Telefon	Mobil
E-Mail		E-Mail	
Zivilstand der Eltern		Übersetzung notwendig für Eltern	☐ ja ☐ nein

Schule

Gemeinde		Schulhaus	
Klassenlehrperson		Schulstufe/-klasse	
Pensenpartner/-in		IF-Lehrperson	
IS-Lehrperson			
Tel. Klassen-LP Schule		Tel. Klassen-LP privat	
Mobil		E-Mail	
Kontakt bevorzugt mit	Telefon ☐	Email ☐	
Anmeldung durch: (Bitte nur 1 Feld ankreuzen!)			
☐ Erziehungsberechtigte	☐ Schule	☐ Andere	

Hauptgründe der Anmeldung

Folgende Fragen können zur Beobachtung des Kindes dienen:

1. Wie ist sein Verhalten gegenüber anderen Kindern, Lehrpersonen, nahen Bezugspersonen?
2. Wie ist sein Verhalten in neuen Situationen?
3. Wie sind Konzentrationsvermögen und Arbeitstempo?
4. Wie ist sein Bewegungsverhalten im Turnen?
5. Wie gelingen dem Kind Bastel- und Schreiarbeiten?
6. Besteht ein Leidensdruck?

Aus Datenschutzgründen empfehlen wir Ihnen, die Anmeldung per Post zu schicken!

Weitere Angaben:

Ist das Kind ärztlich untersucht worden? ☐ ja ☐ nein

Bei wem?

Ist das Kind schulpsychologisch abgeklärt worden? ☐ ja ☐ nein

Bei wem?

War/ist das Kind in der Logopädie? ☐ ja ☐ nein

Bei wem?

Wurde/wird das Kind durch die Heilpädagogische Früherziehung betreut? ☐ ja ☐ nein

Bei wem?

Andere Therapien ☐ ja ☐ nein

Welche?

Bei wem?

Welche Erwartungen haben die anmeldenden Personen an die Psychomotoriktherapie?

.....

.....

.....

Unterschriften

Wichtig: Die Eltern müssen mit dieser Anmeldung einverstanden sein und bestätigen dies durch ihre Unterschrift.

Durch die Unterschrift auf dieser Anmeldung geben die Eltern ihr Einverständnis, dass die Schule, die Schuldienste und zuständige Fachpersonen (bspw. KJPD oder HFE) sich gegenseitig über Inhalte und Informationen, die den Schulbetrieb betreffen, informieren und austauschen.

Zudem bestätigen die Eltern, dass sie mit den Rahmenbedingungen der Psychomotoriktherapie einverstanden sind.

Datum **Eltern:**.....

.....

Datum **Anmeldende Person:**.....

.....

Beilagen ☐

☐

☐

Eingang bei Psychomotoriktherapiestelle Sursee (wird von Therapeutin eingefügt):

Datum: