



Psychomotorik (PMT)

Anmeldung Abklärung/Kurzintervention (KI)

Diese Seite ist durch die Klassenlehrperson auszufüllen und mit der Post (Datenschutz) an die Therapiestelle zu senden.

Kind:		
Name:	Geschlecht: m / w	Geb.datum:
Vorname:	KG1 KG2 / Klasse:	Erstsprache:
Eltern/Erziehungsbevollmächtigte:		
<i>Elternteil 1</i>		<i>Elternteil 2</i>
Name:		Name:
Vorname:		Vorname:
Strasse:		Strasse:
PLZ/Ort: /		PLZ/Ort: /
Mobil/Tel:		Mobil/Tel:
E-Mail:		E-Mail:
Schule:		
Ort:	Lehrperson:	Tel./Mobil:
Mail:	Erreichbar (Zeitfenster):	
1. Anliegen der Lehrperson:		
2. Verhalten: emotional, Selbstvertrauen, sozial, Spiel- und Lernverhalten		
3. Grobmotorik: Beweglichkeit des Kindes (Schulzimmer, Turnen, Pausenplatz, ...), Beeinträchtigung der Sinnesorgane, Geschicklichkeit		
<p>Feinmotorik: Bsp. TTG, bereiten dem Kind Tätigkeiten mit den Händen Mühe (Umgang mit Gegenständen, Material)</p> <p>Grafomotorik: Schreiben, Zeichnen (Stifthaltung, Händigkeit, Schreibablauf, Schriftbild)</p>		
4. Angaben zu Familie: Geschwister, Familiensituation, Fremdsprachigkeit		
Haben bereits Abklärungen durch eine Fachinstanz stattgefunden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Erziehungsberatung EB KJP Z.E.N andere, welche:		
Hat das Kind bereits einen Spezialunterricht im Bereich Massnahmen Regelschule (MR) besucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Logo IF PMT BF DaZ EK/KbF		
Name der Spezial-LP: _____ von: _____ bis: _____		
Andere Unterstützungen:		
Ort/Datum: _____ Unterschrift Klassenlehrperson: _____		
Ort/Datum: _____ Unterschrift Eltern: _____		