

## ANMELDUNG ABKLÄRUNG PSYCHOMOTORIK

Name: .....	Vorname: .....
Strasse: .....	PLZ/Ort: .....
Telefon: .....	Geburtsdatum: .....
Erstsprache: .....	Klasse: .....
Name Mutter: .....	Vorname Mutter: .....
Name Vater: .....	Vorname Vater: .....
E-Mail: .....	
Lehrperson: .....	Telefon: .....
E-Mail: .....	Schulhaus: .....
IF-Lehrperson: .....	Telefon: .....
E-Mail: .....	
Adresse Schule: .....	Telefon Schule: .....

**Bitte schildern Sie Ihre Eindrücke bzgl. der folgenden Verhaltensebenen:**

**1. Emotional- / Sozialverhalten (zu Hause und/oder in der Schule)**

**2. Spiel- und Arbeitsverhalten (Konzentration)**

**3. Bewegungsverhalten / Grobmotorik (Turnen, Spiel- und Pausenplatz)**

**4. Bewegungsverhalten / Fein- und Grafomotorik (Werken, Basteln, Zeichnen, Schreiben)**

Bitte beantworten Sie die beiden abschliessenden Fragen:

5. Vorangegangene (medizinische, psychologische, anderweitige)

Untersuchungen im Zusammenhang mit der aktuellen Problematik? Wenn ja, wann und bei wem?

6. Bisherige oder aktuelle Therapie- oder Förderangebote (z.B. Früherziehung, Logopädie, Integrative Förderung)? Wenn ja, seit wann, bzw. wie lange und bei wem?

Anmeldender:

Name: ..... Telefon: .....

E-Mail: .....

Funktion (bitte ankreuzen):

Erziehungsberechtigte                      SPD                      Logopädischer Dienst  
Lehrperson                                      Arzt                      .....

Wir haben den Vorschlag zur Anmeldung mit den Erziehungsberechtigten besprochen. Sie sind mit der psychomotorischen Abklärung einverstanden.

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....

Aus Datenschutzgründen bitte per Post senden an:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Wir werden uns so schnell wie möglich mit den Eltern / Erziehungsberechtigten in Verbindung setzen.

Psychomotorik Therapiestelle  
Hinten im Neubau  
Dorfschulhaus  
Schulhausstrasse 5  
6170 Schüpfheim  
041 485 80 14  
www.sd-entlebuch.ch