**Anmeldung Diagnostik Psychomotorik-Therapie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** | | |  | | | | | |  | **Vorname:** | | | Text |
| Strasse: | | | Text | | | | | |  | PLZ/Ort: | | | Text |
| Telefon: | | | Text | | | | | |  | Geburtsdatum: | | | Text |
| E-Mail Eltern: | | | Text | | | | | |  | Sprache: | | | Text |
|  | | | | | | | | |  | | | |  |
| Name Mutter: | | | Text | | | | | |  | Natel Mutter: | | | Text |
| Name Vater: | | | Text | | | | | |  | Natel Vater: | | | Text |
|  | | | | | | | | |  | | | |  |
| Klasse: | | | Text | | | | | |  | Schulhaus: | | | Text |
| Klassen-LP: | | | Text | | | | | |  | Tel. Schulhaus: | | | Text |
| E-Mail KLP: | | | Text | | | | | |  |  | | |  |
| IF-LP: | | | Text | | | | | |  | E-Mail IF-LP: | | | Text |
| **Fragen zur Anmeldung** ( Anmeldung erfolgt durch IS-Verfügung Verhalten & sozio-emot. Entwicklung) | | | | | | | | | | | | | |
| *Bitte schildern Sie Ihre Eindrücke bzgl. der folgenden Verhaltensebenen:* | | | | | | | | | | | | | |
| Emotional-/Sozialverhalten (zuhause und/oder in der Schule) | | | | Text | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| Spiel- und Arbeitsverhalten (Konzentration) | | | | Text | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| Bewegungs-verhalten / Fein- und Grafomotorik (Turnen, Spiel- und Pausenplatz) | | | | Text | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| Bewegungs-verhalten / Fein- und Grobmotorik (Werken, Basteln, Zeichnen, Schreiben) | | | | Text | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Bisherige Massnahmen:** | | | | Logopädie | (Kinder-)Arzt | Deutsch als Zweitsprache | | Schulpsychologische Abklärung | Psychotherapie/KJPD | Schulische Massnahmen IF |   **Angaben zur anmeldenden Person** | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | Text | | | | |  | | Vorname: | | | Text |
| E-Mail: | | | Text | | | | |  | |  | | |  |
| Funktion: | | | Erziehungsberechtigte | | | | | Lehrperson | | | | | LPD |
|  | | | SPD | | | | | Arzt | | | | | Andere: |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | Der Vorschlag zur Anmeldung wurde mit den Erziehungsberechtigten besprochen. Sie sind mit der psychomotorischen Therapie einverstanden. | | | | | | | | | | | | |
| Datum: | | Text | | | |  | Unterschrift: | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| **Aus Datenschutzgründen bitte per Post senden an:** | | | | | | | | | | | | | |
| Schuldienst Region Entlebuch  Psychomotorik  Hauptstrasse 22  6170 Schüpfheim | | | | |  | | | | | | |  | |