**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 EntlebuchPsychomotorikHauptstrasse 226170 Schüpfheim |  |  |