|  |
| --- |
| ***Personalien*** |
| **Name, Vorname Kind**  geboren am  Schulstufe  |
| Nationalität  Erstsprache  |
| **Name, Vorname Mutter**  | **Name, Vorname Vater**  |
| Strasse, Nr.  | Strasse, Nr.   |
| PLZ/Ort  | PLZ/Ort  |
| Telefon  | Telefon   |
| E-Mail  | E-Mail  |
| Nationalität  | Nationalität  |
| Sorgerecht bei  [ ]  beiden [ ]  Mutter [ ]  Vater |
| Kind wohnt bei [ ]  beiden [ ]  Mutter [ ]  Vater |
| Besteht Beistandschaft? [ ]  Nein [ ]  Ja. Name, Telefon  |
| Übersetzung nötig? Für Kind [ ]  Nein [ ]  Ja, in der Sprache:  |
|  Für Eltern [ ]  Nein [ ]  Ja, in der Sprache:  |
| **Name, Vorname Klassenlehrperson** |
| E-Mail   Telefon (Natel)  |
| Schulhaus    |

|  |
| --- |
| **Weitere involvierte Fachpersonen** |
|  | Name, Vorname | Telefon | Dauer |
| Lehrperson für integrative Förderung (IF) |        |        |  von       |  bis       |
| Lehrperson für Deutsch als Zweitsprache (DaZ) |        |        |  von       |  bis       |
| Schulpsychologischer Dienst (SPD) |        |        |  von       |  bis       |
| Schulsozialarbeit (SSA) |        |        |  von       |  bis       |
| Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) |        |        |  von       |  bis       |
| Psychotherapie |        |        |  von       |  bis       |
| Kinderarzt/Kinderärztin |        |        |  von       |  bis       |
| Logopädischer Dienst (LPD) |        |        |  von       |  bis       |
| Psychomotorik-Therapiestelle (PMT) |        |        |  von       |  bis       |
| Heilpädagogischer Früherziehungsdienst (HFD) |         |        |  von       |  bis       |
| Sozialberatungszentrum, Familienberatung (SOBZ) |        |        |  von       |  bis       |
| Weitere Fachpersonen***Funktion?*** |        |        |  von       |  bis       |

|  |
| --- |
| ***Erwartungen an die schulpsychologische Untersuchung / Anmeldegrund*** *(Mehrfachnennungen möglich)* |
| [ ]  allgemeine Lern- und Leistungsschwierigkeiten [ ]  Ungünstiges Arbeits- und Lernverhalten[ ]  Lese-/Rechtschreibschwierigkeiten [ ]  Erziehungs-/Verhaltensschwierigkeiten[ ]  Rechenschwierigkeiten [ ]  tiefer liegende psychische Problematik[ ]  besondere Begabung [ ]   |
| > Bitte näher erläutern und die Erwartungen an die Untersuchung formulieren! |
|  |
| ***Momentane Leistungen in der Schule / im Kindergarten***  |
| > Bitte näher erläutern! |
| **Kompetenzen:**Deutsch Note:       [ ] nicht erreicht [ ] teilweise erreicht [ ] erreicht [ ] übertroffenMathematik Note:       [ ] nicht erreicht [ ] teilweise erreicht [ ] erreicht [ ] übertroffenNMG / Naturlehrfächer Note:       [ ] nicht erreicht [ ] teilweise erreicht [ ] erreicht [ ] übertroffenFremdsprachen E Note:       [ ] nicht erreicht [ ] teilweise erreicht [ ] erreicht [ ] übertroffenFremdsprachen F Note:       [ ] nicht erreicht [ ] teilweise erreicht [ ] erreicht [ ] übertroffen |
|  |
| ***Beobachtbares Verhalten***  |
| **Lern- und Arbeitsverhalten** [ ]  nicht erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ]  erreicht [ ]  übertroffen> Bitte näher erläutern!. |
| **Sozial****verhalten** [ ]  nicht erreicht [ ]  teilweise erreicht [ ]  erreicht [ ]  übertroffen> Bitte näher erläutern! |
|  |
| ***Bisherige Lösungsversuche und ihre Wirkung*** *(Massnahmen, Therapien, …)*  |
| > Bitte näher erläutern! |
|  |
| **Die Eltern sind mit der schulpsychologischen Untersuchung/Beratung einverstanden: [ ]  ja [ ]  nein** |
| Datum:       Unterschrift LP  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen:      |