|  |  |
| --- | --- |
| ***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 übertroffen  Mathematik Note:       nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  NMG / Naturlehrfächer Note:       nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  Fremdsprachen E Note:       nicht erreicht teilweise erreicht erreicht übertroffen  Fremdsprachen 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: |