

**Schulverband MR**

**Besondere Massnahmen**

Aarberg Bargen Kappelen Radelfingen Seedorf Walperswil/Bühl

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung Psychomotorik** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **1. Schülerin / Schüler** | | | | | | | | | | | |
| Name |  | | | | | | Vorname | |  | | |
| Strasse, Nr. |  | | | | | | PLZ | |  | Ort |  |
| Geschlecht |  | männlich | |  | weiblich | | Geburtsdatum | | |  | |
| Schuljahr - aktuelle Klasse | | |  | | | Schulort | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Eltern** | | | | |
| Name/n |  | Vorname/n |  | |
| Telefon-Nr. |  |  | |  |
| Mobile-Nr. |  | E-Mail |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Schule / KG** | | | |
| Telefon |  | E-Mail |  |
| Lehrperson |  |  |  |
| Telefon Privat |  | E-Mail Privat |  |
| Erreichbarkeit |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Anmeldungsgrund / Anliegen der Lehrperson** |
|  |

Formular 8 / Anmeldung Psm

|  |
| --- |
| **5. Verhalten / Entwicklungsstand des Kindes** |
| **Emotional, sozial, kognitiv:** *Selbstvertrauen, Beziehung zur Umwelt, Spiel und Lernverhalten* |
| **Grobmotorik:** *Wie bewegt sich das Kind (Schulzimmer, Turnen, Pausenplatz..), Geschicklichkeit, Wahrnehmung* |
| **Feinmotorik:** *Bereiten dem Kind Tätigkeiten mit den Händen Mühe (Umgang mit Gegenständen, Basteln)?* |
| **Grafomotorik:** *Schreiben, Zeichnen (Stifthaltung, Händigkeit, Schreibablauf, Schriftbild)* |

|  |
| --- |
| **6. Familiäre Angaben:** Geschwister, Familiensituation, Erstsprache ... |
|  |

|  |
| --- |
| **7. Weitere Angaben** |
| **Fachinstanzen**: Haben bereits Abklärungen stattgefunden? **Nein**  **EB  KJPD** Andere, welche |
| **Spezialunterricht**: Hat das Kind bereits SpezU besucht? **Nein**  **IF  Logo  Psm  BF  DaZ** Andere, welche |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Unterschriften** Die Eltern haben die Angaben zur Kenntnis genommen | |
| Die Eltern | Datum ……………………… Unterschrift/en …………………………………………….…………………….. |
| Die Klassenlehrperson | Datum ……………………… Unterschrift …………………………………………….……………....……….. |

Psychomotorik-Therapiestelle Schulverband Aarberg

Bahnhofstrasse 4, 3270 Aarberg, Tel. 032 392 67 23

*Das Anmeldeformular ist vor- und rückseitig bedruckt zu verwenden.*

Aarberg, 21.08.2023