

Werner-Vogel-Schulzentrum
Fragebogen zur Anmeldung - Schulanfänger
mit sonderpädagogischem Förderbedarf
für das Schuljahr 20__/20__



Persönliche Daten:

Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	

Zuständige staatliche Grundschule:

Anschrift:

Telefonnummer:

Beratende/diagnostizierende staatliche Förderschule: (falls schon bekannt)

Anschrift:

Telefonnummer:

Ansprechpartner*in:

Für mein/unser Kind gibt es zum jetzigen Zeitpunkt eine **Empfehlung zur Überprüfung des Sonderpädagogischen Förderbedarfs** im folgenden Bereich/ in folgenden Bereichen:

<input type="checkbox"/> geistige Entwicklung <input type="checkbox"/> Lernen <input type="checkbox"/> sozial-emotionale Entwicklung <input type="checkbox"/> Sprache <input type="checkbox"/> motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Sonstiger: _____
---	---

Die Überprüfung wurde empfohlen durch:

- Gesundheitsamt
- Grundschule
- Förderschule

- SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum)
- Frühförderstelle
- andere: _____

Mein/ Unser Kind hat einen Schwerbehinderten-Ausweis.

ja, seit

nein

Ich/Wir wünschen eine Aufnahme unseres Kindes

- in eine Unterstufenklasse des Förderschulteils.
- in die integrative Grundschulklasse.
- Beides ist vorstellbar.

Begründen Sie Ihren Wunsch!

Weitere Informationen zu Ihrem Kind (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Beschreiben Sie kurz das Wesen Ihres Kindes!

Welche Stärken hat es?

Welche besonderen Interessen hat Ihr Kind?

Beschreiben Sie die sozialen Kontakte Ihres Kindes innerhalb und außerhalb der Kindertagesstätte!

Beschreiben Sie, wie sich Ihr Kind in einer großen Gruppe von ca. 15 Kindern verhält!

Wie reagiert es auf neue Situationen?

Wie orientiert sich Ihr Kind am Handeln anderer Personen?

Wie nimmt Ihr Kind Beschäftigungsangebote wahr? Beschreiben Sie z. B. Ausdauer, Aufmerksamkeit und Aufgabenverständnis!

Was ist im Umgang mit Ihrem Kind besonders zu beachten?

Wie ist die Händigkeit Ihres Kindes ausgeprägt?

rechtshändig linkshändig wechselnd

Mein/Unser Kind kommuniziert durch/über:

Mimik und Gestik
 Laute
 Gebärden
 einzelne Wörter
 Zwei- und Mehrwortsätze

GUK
 Metacom
 Sonstiges: _____

Benutzt Ihr Kind ein elektronisches Kommunikationsgerät?

ja nein
Welches? _____

Benötigt Ihr Kind zukünftig ein elektronisches Kommunikationsgerät?

ja nein

Bemerkungen:

Mein/Unser Kind nutzt einen Rollstuhl:

ja nein
Mein/Unser Kind bewegt sich mit dem Rollstuhl selbständig fort:
 ja nein

Mein/Unser Kind benötigt für längere Laufstrecken einen Buggy oder Ähnliches.

ja nein

Bemerkungen:

Mein/Unser Kind benötigt Unterstützung im Bereich der Körperhygiene:

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Alltagshygiene (Händewaschen, ect. ...) | |
| <input type="checkbox"/> trägt Inkontinenzmaterial | |

Mein/Unser Kind benötigt Unterstützung beim Einnehmen der Mahlzeiten:

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> isst pürierte Nahrung | |
| <input type="checkbox"/> wird über eine Sonde ernährt | |

Mein/Unser Kind benötigt Unterstützung beim An- und Auskleiden:

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Oberbekleidung | |
| <input type="checkbox"/> Schuhe | |
| <input type="checkbox"/> Verschlüsse | |

Bemerkungen:

Mein/ Unser Kind erhält oder erhielt heilpädagogische Frühförderung.

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, in welchem Zeitraum:

Mein/ Unser Kind erhält oder erhielt folgende Therapien:

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-------------------------------|

Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum:

Benötigt Ihr Kind zur Bewältigung des Alltags im Kindergarten eine amtlich genehmigte Assistenz?

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja
Der tägliche zeitliche Umfang beträgt _____ Stunden. | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-------------------------------|

Bemerkungen:

Gibt es weitere wesentliche Besonderheiten, die für die förderpädagogische Arbeit mit Ihrem Kind wichtig sind?

Ich/ Wir versichern, dass die obigen Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Leipzig, den _____

Unterschrift aller Sorgeberechtigten:
