



Liebe Eltern!

Für eine gute Zusammenarbeit im Sinne Ihres Kindes, benötigen wir Informationen über Ihren Sohn/ Ihre Tochter. Wenn Sie eine solche Zusammenarbeit mit der Sonderpädagogischen Beratungsstelle wünschen, füllen Sie bitte diesen Bogen aus und geben ihn an uns zurück.

Name des Kindes:	Geburtsdatum:	Datum:
Adresse:	Telefon:	

Allgemeine Informationen über Ihr Kind

Kindergarten (welcher, seit wann, wie viele Stunden täglich...):

Geschwister und deren Alter:

Probleme in der Schwangerschaft/ bei der Geburt?:

Behandelnder Kinderarzt:

Therapien (Logopädie? Ergotherapie?...):

Krankheiten:

Wurde das Gehör überprüft?

Wurden die Augen / Sehfähigkeit überprüft?



Selbständigkeit

(anziehen, Toilette, Essen...)



Motorik

(krabbeln, erste Schritte, Laufrad, Dreirad, Roller, malen, schneiden, Händigkeit...)



Sprache

(Sprachen daheim, wann erste Wörter, Sprechfreude...)



Spiel

(Lieblingsspiele, alleine beschäftigen, mit anderen zusammen spielen, Freunde außerhalb des Kindergartens...)



Medien

(Musik, Fernseher, Tablet, Handy, tägliche Nutzungszeit...)

Sonstige Anmerkungen
