Anton-von-Bucher-Schule

Geisenfeld

Privates Sonderpädagogisches Förderzentrum

Liebe Eltern,

im Mittelpunkt unserer pädagogischen Arbeit steht Ihr Kind. Um Ihren Sohn / Ihre Tochter besser kennen lernen zu können, benötigen wir von Ihnen wichtige Hintergrundinformationen!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen/ Zutreffendes bitte ankreuzen ❑ !

Ihre Angaben werden wir selbstverständlich vertraulich behandeln.

Fragebogen für Eltern (SVE/Schule)

Familienname des Kindes: _____ Vorname(n): _____

geb. am _____ in _____ Land: _____

Muttersprache: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Adresse: _____

Familienname und Vorname (Mutter): _____

geb. am _____ in _____ Religion: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____weitere Telefonnummern: _____

Email: _____

Familienname und Vorname (Vater): _____

geb. am _____ in _____ Religion: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Telefon: _____ weitere Telefonnummern: _____

Email: _____

Sorgeberechtigt: ❑ beide ❑ Mutter ❑ Vater ❑ Sonstige: _____

Pflegeeltern: _____

Welche Sprachen werden mit dem Kind gesprochen: ❑ Vater: _____

❑ Mutter: _____

Geschwister: Familien- und Vorname: _____ geb. am _____

Familien- und Vorname: _____ geb. am _____

Familien- und Vorname: _____ geb. am _____

Im Haushalt leben noch: ❑ Oma ❑ Opa ❑ Weitere Personen: _____

Wichtige Bezugspersonen: _____

In der Familie (Eltern, Geschwister) gibt es ❑ eine Lese-Rechtschreibschwäche
❑ eine Rechenschwäche ❑ ADHS ❑ _____

1. Auf Grund welcher Beratung oder Information haben Sie sich an unserem Förderzentrum gemeldet?

❑ Grundschule/ Gesundheitsamt: _____

❑ eigene Beobachtungen: _____

❑ Beobachtungen der Erzieherin im Kindergarten: (Name) _____

❑ Auf Anraten von: _____

2. Wo und wie wird ihr Kind jetzt gefördert? (Bitte Berichte beilegen)

❑ Kindergarten seit: _____ Name des Kindergartens/ Gruppenleitung/ Telefon:

_____

❑ Frühförderung seit: _____ bei: _____

_____

❑ Logopädie seit: _____ bei: _____

❑ Ergotherapie: seit: _____ bei: _____

❑ Physiotherapie seit: _____ bei: _____

❑ _____ seit: _____ bei: _____

Vorkurs Deutsch: ❑ ja ❑ nein

Zurückstellung: ❑ ja ❑ nein

MsH (Mobile sonderpädagogische Hilfe/Kindergarten): ❑ ja ❑ nein

Erziehungsberatung ❑ ja ❑ nein

Individualbegleitung im Kindergarten: ❑ ja ❑ nein

Integrationsplatz/ Integrationskindergarten: ❑ ja ❑ nein

Heilpädagogische Tagesstätte: ❑ ja ❑ nein

3. Medizinisches

a) Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?

_____

b) Besonderheiten in der Schwangerschaft

❑ Röteln ❑ Blutungen ❑ Gelbsucht ❑ Unfall
❑ Sturz ❑ seelische Belastung ❑ Medikamente
❑ Sonstiges: _____

c) Wie war der Geburtsverlauf?

❑ Normalgeburt
❑ Frühgeburt in der _____ Schwangerschaftswoche
❑ mit Komplikationen: z.B. Zwillingsgeburt, Sauerstoffmangel, Intensivbehandlung des Kindes nach der Geburt

_____

d) Wurden beim Kinderarzt bei den U-Untersuchungen Auffälligkeiten festgestellt? (gelbes Heft)

was? _____

wann?_____

e) Wurden Einschränkungen des Sehens oder Hörens festgestellt? Was, wann, von wem?

❑ Sehen: _____ ❑ Hören: _____

f) Allergien oder Unverträglichkeiten?

❑ nein ❑ ja, welche_____

g) Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

❑ nein ❑ ja, welche_____

h) Schwere Erkrankungen / Krankenhausaufenthalte?

was? _____

wann?_____

wo? _____

i) Wurde Ihr Kind bereits in einer Klinik (z.B. Heckscher Klinik, Kinderzentrum München, oder Kinderklinik in Neuburg) entwicklungspsychologisch untersucht?
(Bitte ärztlichen Bericht beifügen!)

wann?_____

wo? _____

4. Entwicklung des Kindes

Allgemein:

❑ auffallend still ❑ auffallend unruhig ❑ unauffällig

❑ Ernährungsprobleme ❑ Schlafprobleme

Händigkeit: ❑ rechts ❑ links ❑ wechselnd

Braucht ihr Kind Windeln? ❑ nein ❑ tagsüber ❑ nachts

Motorik:

Krabbeln mit _____Monaten Laufen mit _____ Monaten

Sprachentwicklung im Deutschen:

❑ altersgemäß ❑ verzögert ❑ erheblich verlangsamt

	trifft zu			***trifft nicht zu***
• spricht mit Erwachsenen	❑	❑	❑	❑
• spricht mit Kindern	❑	❑	❑	❑
• spricht in ganzen Sätzen	❑	❑	❑	❑
• kann sich deutlich ausdrücken	❑	❑	❑	❑
• kann Wünsche und Bedürfnisse formulieren	❑	❑	❑	❑
• versteht Aufforderungen	❑	❑	❑	❑
• versteht Geschehen im Stuhlkreis	❑	❑	❑	❑

Sprachentwicklung in der Familiensprache

❑ altersgemäß ❑ verzögert ❑ erheblich verlangsamt

	trifft zu			***trifft nicht zu***
• spricht mit Erwachsenen	❑	❑	❑	❑
• spricht mit Kindern	❑	❑	❑	❑
• spricht in ganzen Sätzen	❑	❑	❑	❑
• kann sich deutlich ausdrücken	❑	❑	❑	❑
• kann Wünsche und Bedürfnisse formulieren	❑	❑	❑	❑
• versteht Aufforderungen	❑	❑	❑	❑

Auffälligkeiten zur Sprachentwicklung: _____

_____

Verhalten:

Wie ist die häufigste Stimmungslage Ihres Kindes? (fröhlich, ausgeglichen, missmutig, nervös, ängstlich, ...)

_____

Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen? (unauffällig, gibt schnell nach, will stark sein,…)

_____

Kann es aufmerksam und konzentriert spielen? ❑ ja ❑ nein ❑ meistens ❑ weniger

Ist es bereit, sich beim Basteln oder Spielen anzustrengen? ❑ ja ❑nein ❑ meistens

Nutzt es Medien (Fernseher, Tablet, Handy)?
❑ ja, ungefähr _____ Stunden am Tag ❑nein ❑ selten

Gibt es Situationen, die sie als problematisch erleben?
❑ nein ❑ ja, welche? _____

Geistige Entwicklung:

Wie sind die lebenspraktischen Fertigkeiten Ihres Kindes? (Ess-/ Trinkgewohnheiten, Schlafgewohnheiten, Anziehen, Umgang mit Eigentum, ...)

_____

Wie ist die Wahrnehmung Ihres Kindes? (geräuschempfindlich, Verhalten bei Körperkontakt, räumliche Orientierung, ...)

_____

5. Gab es Ereignisse, die sich auf Ihr Kind seelisch belastend ausgewirkt haben?

❑ Umzug ❑ Trennung der Eltern ❑ Tod von _____

❑ Krankenhausaufenthalte / Erkrankungen Wer, wann? _____

❑ sonstiges: _____

6. Was macht Ihr Kind besonders gerne?

❑ draußen spielen ❑ fernsehen ❑ Spielekonsole/Tablet/ Handy ❑ Puzzle

❑ Brettspiele ❑ Kartenspiele ❑ Memory ❑ Rollenspiele

❑ Sport ❑ Musikhören /-machen ❑ Sonstiges: _____

7. Was fällt Ihrem Kind (im Vergleich zu anderen Kindern) schwer?

❑ Sprache ❑ still sitzen ❑ zuhören ❑ basteln

❑ malen / zeichnen ❑ Regeln einhalten ❑ etwas zu Ende bringen

❑ selbstständig sein ❑ (sportliche) Bewegungsabläufe ❑ sich etwas merken

❑ Anweisungen verstehen ❑ sich mit anderen Kindern vertragen

❑ auf andere Kinder zugehen ❑ sich in fremder Umgebung / neuer Situation zu Recht finden

❑ _____

8. Was kann Ihr Kind besonders gut?

_____

_____

_____

_____

9. Gibt es etwas, was Sie uns noch mitteilen wollen?

_____

_____

10. Geplante Betreuung am Nachmittag:

❑ zu Hause ❑ Heilpädagogische Tagesstätte ❑ Hort

❑ Mittagsbetreuung am SFZ Geisenfeld ❑ Sonstiges: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten