



Anmeldung Abklärung Psychomotorik

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>	Vater	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		

Lehrperson <input type="checkbox"/> *	<input type="text"/>	Telefon SH / P	<input type="text"/>
Schulhaus	<input type="text"/>	Klasse	<input type="text"/>
IF-Lehrperson <input type="checkbox"/> *	<input type="text"/>	Telefon SH / P	<input type="text"/>

* Ansprechperson

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Kind wurde bereits schulpsychologisch logopädisch kinderärztlich kinderpsychiatrisch abgeklärt?
- Hat das Kind einen IS-Status (aktuell oder evtl. zukünftig)? nein ja
- Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien oder Unterstützung? nein ja

Wenn ja, welche:

- Ist das Kind zur Zeit in einer Therapie? nein ja

Wenn ja, welche und bei wem:

Braucht es einen Dolmetscher für das Abklärungsgespräch? ja nein

Anmeldungsgrund:

Beobachtungen:

Grobmotorik (turnen, Sport, Spielplatz, Bewegungsdrang)

Feinmotorik (basteln, werken)

Grafomotorik (zeichnen, malen, schreiben - evtl. Beispiel beilegen)

Wahrnehmung (hören, sehen, spüren, orientieren)

Verhalten (emotional, sozial, Arbeitsverhalten) und Beziehung zu Lehrpersonen und Mitschülern

Ort und Datum

Unterschrift der Lehrperson

Fragen an die Eltern

Welches sind besondere Interessen / Stärken Ihres Kindes?

Welche Auswirkungen haben die oben beschriebenen Schwierigkeiten im Alltag?

Ort und Datum

Unterschrift der Eltern

Bitte senden an:

Stadt Luzern
Psychomotorik
Englischgrussstrasse 4
6006 Luzern

Telefon: 041 410 51 22
E-Mail: pmt-englischgruss@stadtluzern.ch
www.psychomotorik.stadtluzern.ch