



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"/>

*x Ansprechperson

Bitte ankreuzen x und ergänzen:

§ Kind wurde bereits schulpsychologisch logopädisch kinderärztlich kinderpsychiatrisch abgeklärt?

§ 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
Englischgrussstr. 4
6006 Luzern

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