

## Anmeldung für psychomotorische Abklärung

|                 |                    |            |           |                 |
|-----------------|--------------------|------------|-----------|-----------------|
| Nachname        | Vorname des Kindes | Geschlecht | Geb.Datum | Klasse, KG-Jahr |
|                 |                    | m      w   |           |                 |
| Strasse, Nummer |                    | PLZ/Ort    |           |                 |

---

|                     |                    |                     |                    |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Nachname der Mutter | Vorname der Mutter | Nachname des Vaters | Vorname des Vaters |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------|

|             |            |             |            |
|-------------|------------|-------------|------------|
| Tel. Privat | Tel. mobil | Tel. Privat | Tel. mobil |
|-------------|------------|-------------|------------|

|        |        |
|--------|--------|
| E-Mail | E-Mail |
|--------|--------|

Gegebenenfalls Sorgerecht/Pflegefamilie

Familiensprache

Geschwister (Vorname, Geburtsjahr)

---

|                      |               |              |
|----------------------|---------------|--------------|
| Lehrperson/IF-Person | Schulgemeinde | Schulhaus/KG |
|----------------------|---------------|--------------|

|                   |                   |                |
|-------------------|-------------------|----------------|
| E-Mail Lehrperson | Telefon Schule/KG | Telefon Privat |
|-------------------|-------------------|----------------|

---

### Bisherige Untersuchungen

|      |              |            |                 |
|------|--------------|------------|-----------------|
| ASP  | Kinderspital | Epi-Klinik | Andere, welche? |
| KJPD | Kinderarzt   |            | keine           |

Kinder-, Hausarzt

### Besuchte und aktuelle Therapien (Logopädie) / andere Fördermassnahmen (IF/IS, ..)

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| Therapie/Therapeutin | Dauer (von-bis) |
|----------------------|-----------------|

### Einbezug weiterer Fachpersonen

|                    |              |                |                          |
|--------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| Therapeutinnen     | Logopädinnen | Fachlehrkräfte | Deutsch als Zweitsprache |
| Textiles Gestalten | Ärztin       | andere         |                          |

## Psychomotorik Wollerau/Feusisberg

Standort: Hauptstrasse 30  
8832 Wollerau

Psychomotorik Therapiestelle Wollerau

Postadresse: Runggelmatt 4

8832 Wollerau

Tel. 079 913 50 71

[psychomotorik@schule-wollerau.ch](mailto:psychomotorik@schule-wollerau.ch)

### Anmeldegrund:

#### Motorik/Wahrnehmung

Grobmotorik

Gleichgewicht

Koordination

Feinmotorik

Grafomotorik

Wahrnehmung

Orientierung

#### Selbstkonzept/Sozialverhalten

Interaktion

Regelverständnis

Selbstbild, -einschätzung

Verhalten gegenüber Neuem

#### Kognition/Lernverhalten

Motivation/Initiative

Aufmerksamkeit

Konzentration

Ausdauer

Ideen/Fantasie

Umgang mit Anforderungen

---

### Ressourcen

### Vorgeschichte und direkter Anlass zur Anmeldung

### Auswirkungen auf die momentane Schul-/Kindergartensituation

---

Wir sind mit der Anmeldung für eine psychomotorische Abklärung einverstanden:

Datum:

Unterschrift:

Eltern:

Lehrperson/IF:

Schulleitung:

---

**Besten Dank für das vollständige Ausfüllen.**

**Eine Kopie der Anmeldung wird den Eltern mit der Anmeldebestätigung durch die Therapiestelle zugestellt.**