



Individueller Fragebogen zur Schulanmeldung

Allgemeine Angaben:

Nachname:	Vorname:	geboren am:
geboren in (Land):	Ihr Kind lebt in Deutschland seit:	

Kindergarten

Hat Ihr Kind einen Kindergarten/eine Kindertagesstätte besucht? ja nein
Wenn ja, welche(r)? _____
In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten? _____
Wie lange (Monate/Jahre) hat Ihr Kind den Kindergarten/die Kindertagesstätte besucht? _____

Schulbesuch (nur bei Schulwechsel)

Hat Ihr Kind bereits eine Schule besucht? ja nein
Wenn ja, von wann bis wann? von bis (Monat / Jahr)
In welcher Klassenstufe befand sich Ihr Kind? (z.B. Klasse 1,2,3 oder 4)

Familie und Geschwister

Das Kind lebt bei beiden Eltern bei der Mutter beim Vater
Hat Ihr Kind Geschwister? ja nein Wenn ja, wie viele?
Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt? _____ Kinder
Hier können Sie gerne weitere Angaben machen:

Schwangerschaft und Geburt

Gab es während der **Schwangerschaft** Komplikationen oder Probleme?
 ja nein Wenn ja, welche? _____
Gab es während oder nach **der Geburt** Komplikationen oder Probleme?
 ja nein Wenn ja, welche? _____

Entwicklung des Kindes

Sind bei Ihrem Kind Entwicklungsverzögerungen oder Erkrankungen bekannt? ja nein

Wenn ja, in welchem Bereich?

- Motorische Entwicklung
- Sprachentwicklung /Artikulation (Lispeln, Stottern,...)
- Sehen
- Geistige Entwicklung
- Anfallsleiden / Epilepsie
- Hörfähigkeit
- Auditive Verarbeitung
- Herzerkrankung
- Diabetes
- Allergien Welche? _____
- Heuschnupfen
- andere... _____

Medikation

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Eine Information an die Schule über die Einnahme bestimmter Medikamente kann sehr wichtig sein. Sie können uns im Bedarfsfall gerne informieren!

Therapie

Hat Ihr Kind **Therapien** erhalten?

Logopädie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____
Heilpädagogik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zeitraum von _____ bis _____

andere: _____

Wurden Sie von einem Arzt (Kinderarzt, Facharzt, Schularzt) oder einem Therapeuten über die Notwendigkeit einer sonderpädagogischen Unterstützung in der Schule informiert? ja nein

Wenn ja, durch wen wurden Sie informiert? _____

→ Da wir Ihr Kind unter Berücksichtigung seiner individuellen Möglichkeiten fördern und in der Grundschule betreuen möchten, freuen wir uns über Berichte (Diagnostik etc.), die Sie uns gerne zur Verfügung stellen können.

Sprache / Sprachliche Entwicklung:

Welche Sprache wird in der Familie überwiegend gesprochen?

Versteht Ihr Kind die deutsche Sprache? ja nein wenig

Spricht Ihr Kind die deutsche Sprache? ja nein wenig

DELFIN 4 (Stufe 2)

Kinder, die im Alter von vier Jahren keinen Kindergarten besuchen, werden zu einer Sprachstandserhebung DELFIN 4 (Stufe 2) von einer Grundschule eingeladen. Trifft dies bei Ihrem Kind zu, so beantworten Sie bitte die weiteren Fragen!

Hat Ihr Kind an der Sprachstandserhebung **DELFIN 4 (Stufe 2)** teilgenommen? ja nein

Bestand ein Sprachförderbedarf? ja nein

Fand eine Sprachförderung statt? ja nein

Wo fand die Sprachförderung statt? Im Kindergarten? In einer anderen Einrichtung?

Seit wann fand die Sprachförderung statt? _____

Weitere Angaben

Gibt es für Ihr Kind wichtige Besonderheiten in der Familie, über die Sie uns informieren möchten (z.B. schwere Erkrankungen eines Familienmitgliedes oder andere Belastungen)?

ja nein

Hier können Sie uns gerne nähere Informationen dazu geben:

Die OGGS Am Pleiser Wald bedankt sich für Ihre Angabe

