



Johann-Comenius-Schule

Sonderpädagogisches Förderzentrum
MSH Mobile Sonderpädagogische Hilfe
Kapellenstr.21 85567 Grafing
Tel: 08092/85970 Fax:08092/32700
Beratungsstelle: Tel. 08092/859723
E-Mail: msh@sfz-grafing.de

Kindergarten – Fragebogen zur Anmeldung

Kindergarten: _____

Gruppenleitung: _____

Telefon: _____ wann am besten zu erreichen? _____

Angaben zum Kind:

Name: Vorname:.....

Geboren am: Telefon der Familie:

Anschrift:

.....

Nationalität: Alter bei der Anmeldung:.....

Auffälligkeiten in der Entwicklung:

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Motorik | <input type="checkbox"/> Autismus |
| <input type="checkbox"/> Lernen | <input type="checkbox"/> Sehen | <input type="checkbox"/> Emotional-soziale Entwicklung (Verhalten) | |
| <input type="checkbox"/> auditive Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> visuelle Wahrnehmung | | |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration | <input type="checkbox"/> Zahlbegriff/Mengenvorstellung | | |
| <input type="checkbox"/> phonologische Bewusstheit | <input type="checkbox"/> Kontakt zu anderen Kindern | | |
| <input type="checkbox"/> Selbständigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstwertgefühl/Persönlichkeit | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | | | |

Bisherige Maßnahmen:

.....

Fragestellung an die mobile sonderpädagogische Hilfe:

.....

.....

Datum: _____ Unterschrift: _____