



Prof.-Otto-Speck-Schule, Förderzentrum emotionale und soziale Entwicklung
Dachauer Straße 96, 80335 München, Tel.: 089/5177748-0, Fax.: 089/5177748-18
www.profspeck.bayern

Außenstelle: Allescherstraße 46, 81479 München, Tel.: 089/74879980
Beratungszentrum, Heilpädagogische Tagesstätte (HPT), Offene Ganztagschule (OGS) und Schulsozialarbeit

Beratungszentrum / MSH- Ihre Ansprechpartnerin: Petra Wagner

Telefon: 089 / 5177748 - 28, Fax: -21, e-mail: pet.wagner@fz-erziehungshilfe.muenchen.musin.de

Elternfragebogen

| | | | |
|--|--|--|---|
| Name: | Vorname: | | |
| Geburtsdatum: | Anschrift: | | |
| Geburtsort: | Staatangehörigkeit: | | |
| Sprengelschule: | Wurde ihr Kind schon einmal vom Schulbesuch zurückgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Name der Mutter: | | | |
| Anschrift der Mutter: | | | |
| Tel./ Handy: | | | |
| Emailadresse: | | | |
| Name des Vaters: | | | |
| Anschrift des Vaters: | | | |
| Tel./ Handy: | | | |
| Emailadresse: | | | |
| <input type="checkbox"/> verheiratet/ zusammenlebend | <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ | <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| Wer ist erziehungsberechtigt? | | | |
| Zahl und Alter der Geschwister (Junge oder Mädchen) | | | |
| Welche weiteren Familienmitglieder oder weiteren Personen leben im Haushalt? | | | |
| Welche Sprachen werden mit dem Kind gesprochen? | | | |
| Mutter: | Vater: | Weitere: | |
| Aktuelle Einrichtung des Kindes: | | | |
| Seit wann besucht Ihr Kind die Kita/HPT? | | | |
| Wie war die Eingewöhnung? | | | |
| Welche weiteren Einrichtungen hatte Ihr Kind bisher besucht? | | | |
| Welche Förderungen und therapeutische Maßnahmen hatte Ihr Kind bereits? | | | |
| Welche Informationen und Empfehlungen haben Sie aus der Kindertagesstätte? | | | |
| Welche Informationen und Empfehlungen haben Sie aus der Frühförderstelle? | | | |
| Welche Informationen und Empfehlungen haben Sie aus der Sprengelschule, dem Sonderpädagogischem Förderzentrum, der Schuleingangsuntersuchung ? | | | |
| Gibt es Gutachten von Ärzten / Ambulanzen / Kliniken/ Therapeuten, die Sie zur Verfügung stellen können? Welche? | | | |

Bisheriger Entwicklungsverlauf ihres Kindes / Anamnese

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?

Geburt: normal Frühgeburt erschwerte Geburt

Welche Besonderheiten gab es im Baby und Kleinkindalter?

Gab es besonders kritische Lebensereignisse? Welche?

Hatte Ihr Kind bereits einen Krankenhausaufenthalt? Medikamente? ...?

Wurde die Hörfähigkeit ärztlich untersucht?

Nein
 Ja, wann?

Wurde die Sehfähigkeit ärztlich untersucht?

Nein
 Ja, wann?

Wie verlief die motorische Entwicklung? (krabbeln, laufen lernen, Stifthaltung):

Wie verlief die sprachliche Entwicklung? (Beginn der Sprache? Welche Sprache zuerst?)

Sauberkeitserziehung (Trocken und Sauber)

- noch nicht abgeschlossen am Tag (Beispiel: Ihr Kind braucht noch Hilfe oder Hilfsmittel)
- noch nicht abgeschlossen in der Nacht (Beispiel: Ihr Kind nässt nachts noch ein oder trägt noch Windeln)
- abgeschlossen mit _____ Jahren (Beispiel: Ihr Kind geht alleine zur Toilette)

Welche Situationen sind für Sie mit Ihrem Kind noch schwierig?

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern / in einer Gruppe zurecht?

Was spielt ihr Kind gerne? Welche Interessen hat es?

Beschreiben Sie Ihr Kind in drei Worten:

Ihr Anliegen? (Mehrfachnennung ist möglich)

Beratung

- hinsichtlich der Entwicklung ihres Kindes
- hinsichtlich der Förderung ihres Kindes
- hinsichtlich der Einschulung ihres Kindes

Antrag

- auf Aufnahme in die 1. Klasse
- auf Aufnahme in die Schulvorbereitende Einrichtung
- Sonstiges: _____

Sonstiges:

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten