|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schulpsychologischer Dienst Rottal**  Mülacher 3, 6018 Buttisholz  Tel. 041 928 03 50  www.schuldienstrottal.ch  spd@schuldienstrottal.ch | | |  |  | |
| **ANMELDUNG**  **zur schulpsychologischen Abklärung / Beratung (Kindergarten)**  Die Eltern können ihre Kinder direkt beim Schulpsychologischen Dienst (SPD) anmelden; Lehrpersonen können Kinder und Jugendliche nur mit dem Einverständnis der Eltern anmelden. Die Schulleitung oder die Dienststelle Volksschulbildung können Abklärungen, Beratungen und Behandlung beim SPD nach Anhören der Erziehungsberechtigten anordnen (§ 7 „Verordnung über die Schuldienste“ des Kantons Luzern).  **Aus Datenschutzgründen darf die Anmeldung nicht elektronisch übermittelt werden.** | | | | | |
| **Personalien** | **Wir bitten darum die Anmeldung vollständig auszufüllen.** | | | | |
| **Schüler / Schülerin** |  | |  | |  |
| Name: | | | Vorname: | | |
| Strasse: | | | Ort: | | |
| Geburtsdatum: | | | Geschlecht: männlich  weiblich | | |
| Nationalität: | | | Klasse: | | |
| Muttersprache: | | | Übersetzungshilfe für des Kind notwendig: **ja  nein** | | |
| Geschwister (Vorname / Jahrgang): | | | | | |
| Wurde eines der Kinder schon psychologisch / psychiatrisch abgeklärt? Durch wen? | | | | | |
| Sind aktuell TherapeutInnen oder ein/e Kinderarzt/Kinderärztin involviert? Wer? | | | | | |
|  | | | | | |
| **Eltern** |  | |  | |  |
| Name / Vorname **Mutter**: | | | Name / Vorname **Vater**: | | |
| Beruf Mutter: | | | Beruf Vater: | | |
| Adresse (wenn nicht identisch mit Kind): | | | Adresse (wenn nicht identisch mit Kind): | | |
|  | | |  | | |
| Telefon: | Mobile: | | Telefon: | | Mobile: |
| E-Mail: | | | E-Mail: | | |
| Zivilstand der Eltern: | | | Übersetzungshilfe für die Eltern notwendig: **ja  nein** | | |
| Sorgerecht: gemeinsam  Mutter  Vater | | | | | |
|  | | | | | |
| **Schule** |  | |  | |  |
| **Kindergartenlehrperson**: | | | **IF Lehrperson**: | | |
| Kindergarten: | | | | | |
| Telefon Schule: | | | Telefon Schule: | | |
| Telefon privat: | | | Telefon privat: | | |
| E-Mail: | | | E-Mail: | | |
|  | | | | | |
| **Anmeldegründe** | | | | | |
| Allg. Lern- u. Leistungsschwierigkeiten | | Einschulungsfrage  besondere Begabung | | | |
| Potentialanalyse | | Repetition des KG bei Uneinigkeit | | | |
| (Schul-) Laufbahnberatung | | emotionale oder psychosomatische Schwierigkeiten | | | |
| Erstbeurteilung oder Überprüfung Sonderschulbedarf **(SPE unterschrieben beilegen\*)** | | | | | |
| Verhaltens- / Erziehungsschwierigkeiten: Schule  zu Hause | | | | andere: | |

Genauere Umschreibung der Anmeldegründe:

**Welche Hauptfragen stellen Sie uns?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige Schullaufbahn** | | |  | | |
| Spielgruppe ........ Jahre | | | Das Kind wurde schon mal vom SPD abgeklärt. Wann .......... | | |
| Repetition des obligatorischen Kindergartenjahres | | | | | |
| anderes: |  | | |  |  |
| **Bisher erhaltene Therapien und Unterstützung** | | | | | |
| Logopädie von ……… bis …………. | | | | Psychomotoriktherapie von ………… bis ……….. | |
| Psychotherapie von ………… bis …………… | | | | Deutsch als Zweitsprache (DaZ) von …… bis …. | |
| Physiotherapie von ............ bis ................ | | | | Schulsozialarbeit (SSA) | |
| Heilpäd. Früherziehung (HfD) von …... bis…... | | | | andere: | |
| **Allgemeine Beobachtungen** | | | | | |
| Verhalten im Unterricht: | | | | | | |
| Spielverhalten / Spielentwicklung: | | | | | | |
| Arbeits- und Lernverhalten: | | | | | | |
| Emotionalverhalten /Selbstwert: | | | | | | |
| Gruppen- und Sozialverhalten: | | | | | | |
| Verhalten gegenüber Erwachsenen: | | | | | | |
| Motorik: | | | | | | |
| Besondere Interessen / Stärken: | | | | | | |
| **Ich denke an folgende mögliche Unterstützungsmassnahmen (mehrere Antworten möglich)** | | | | | |
| Unterrichtsbesuch | | Sonderschulung | | | |
| Logopädie | | Repetition des KG | | | |
| Psychomotoriktherapie | | Psychotherapie | | | |
| Beratung der Eltern | | Beratung der Lehrperson | | | |
| andere Massnahmen: | | | | | |
|  | | | | | |
| Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten: | | | | | |
|  | | | | | |
| Datum: Unterschrift der Lehrperson: | | | | | |
|  | | | | | |