|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schulpsychologischer Dienst Rottal**  Mülacher 3, 6018 Buttisholz  Tel. 041 928 03 50  www.schuldienstrottal.ch  spd@schuldienstrottal.ch | | |  | | | |  |
| **ANMELDUNG**  **zur schulpsychologischen Abklärung / Beratung (Primar/Oberstufe)**  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 das 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 (falls nicht identisch mit Kind): | | | | Adresse (falls 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** |  | | |  | |  | |
| **Klassenlehrperson**: | | | | **IF Lehrperson**: | | | |
| Schulhaus: | | | | | | | |
| Telefon Schule: | | | | Telefon Schule: | | | |
| Telefon privat: | | | | Telefon privat: | | | |
| E-Mail: | | | | E-Mail: | | | |
|  | | | | | | | |
| **Anmeldegründe** | | | | | | | |
| Allg. Lern- und Leistungsprobleme | | Potentialanalyse | | | Konzentrationsschwierigkeiten | | |
| Lese-Rechtschreibschwierigkeiten | | Rechenschwierigkeiten | | | Wahrnehmungsprobleme | | |
| LRS/RS-Überprüfung Anfang 1. Sek. | | Besondere Begabung | | | emotionale Schwierigkeiten | | |
| Verhaltens- und / oder Erziehungsschwierigkeiten:  Schule | | | | | zu Hause | | |
| Erstbeurteilung oder Überprüfung Sonderschulbedarf **(SPE unterschrieben beilegen\*)** | | | | | | | |
| (Schul-) Laufbahnberatung | | Entwicklungsrückstand | | | andere: | | |

Genauere Umschreibung der Anmeldegründe:

**Welche Hauptfragen stellen Sie uns?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allfällige Beobachtungen** (man. = manchmal)  *Falls Eltern und Lehrpersonen sich nicht einig sind, bitte in zwei verschiedenen Farben ankreuzen* | | | | | | | | | |
| **Das Kind…** | | trifft zu | trifft man. zu | trifft nicht zu | | **Das Kind…** | trifft zu | trifft  man.  zu | trifft  nicht  zu | |
| … ist aufgeschlossen | |  |  |  | | … ist abgelenkt |  |  |  | |
| … kann sich konzentrieren | |  |  |  | | … wirkt traurig |  |  |  | |
| … hat Ausdauer | |  |  |  | | … ist noch unselbständig |  |  |  | |
| … hat Humor / kann lachen | |  |  |  | | … ist ängstlich |  |  |  | |
| … hat viele Ideen / Phantasie | |  |  |  | | … ist schüchtern / unsicher |  |  |  | |
| … kann sich wehren | |  |  |  | | … hat Kontaktschwierigkeiten |  |  |  | |
| … ist gut integriert | |  |  |  | | … ist wenig belastbar |  |  |  | |
| … ist lieber für sich allein | |  |  |  | | … erscheint müde |  |  |  | |
| … ist sensibel | |  |  |  | | … hat wenig Selbstvertrauen |  |  |  | |
|  | |  |  |  | |  |  |  |  | |
| **Aktuelle Schulleistungen (Noten oder bei jüngeren Kindern kurze, schriftliche Beurteilung)** | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | **aktuell:** | **letztes Semester:** | | |
| **Deutsch:** | Lesen / Verstehen: | | | | |  |  | | |
|  | Sprechen / Hören: | | | | |  |  | | |
|  | Grammatik / Rechtschreibung: | | | | |  |  | | |
|  | Texte: | | | | |  |  | | |
| **Mathematik:** | | | | | |  |  | | |
| **Natur, Mensch, Gesellschaft (NMG/RZG):** | | | | | |  |  | | |
| **Englisch / Französisch:** | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Bisherige Schullaufbahn** | | |  | | | | | | |
| Spielgruppe | | | Repetition des obligatorischen Kindergartenjahres | | | | | | |
| ……… Jahre Kindergarten | | | 3-Jahres-Modell (1./2. Klasse in 3 Jahren) | | | | | | |
| Repetition der ………. Klasse | | | anderes: | | | | | | |
| Das Kind wurde schon mal vom SPD abgeklärt. Wann? ……………………………………………………... | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Bisher erhaltene Therapien und Unterstützung** | | | | | | | | | |
| Logopädie von ……… bis …………. | | | | | Psychomotoriktherapie von ………… bis ……….. | | | | |
| Psychotherapie von ………… bis …………… | | | | | Deutsch als Zweitsprache (DaZ) von …… bis ….. | | | | |
| Integrative Förderung (IF) seit ………… | | | | | Schulsozialarbeit (SSA) | | | | |
| Heilpäd. Früherziehung (HfD) von ….... bis….... | | | | | andere: | | | | |
| **Ich denke an folgende mögliche Unterstützungsmassnahmen (mehrere Antworten möglich)** | | | | | | | | | |
| Unterrichtsbesuch | | | Sonderschulung | | | | | | |
| Integrative Förderung (IF) | | | Repetition bzw. Rückversetzung um eine Klasse | | | | | | |
| individuelle Lernziele (ILZ) | | | 3-Jahres-Modell (1. / 2. Klasse in 3 Jahren) | | | | | | |
| Begabungsförderung | | | Psychotherapie | | | | | | |
| Beratung der Eltern | | | Beratung der Lehrperson | | | | | | |
| andere Massnahmen: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

Datum: Unterschrift Erziehungsberechtigte:

Datum: Unterschrift Lehrperson: