



Elternfragebogen Lernanfänger

(Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an.)

Name des Kindes: _____

	ja	nein
1. Ist Ihr Kind ein Integrationskind in der Integrationstagesstätte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhielt oder erhält Ihr Kind Förderung:		
▪ Ergotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Logopädie (Sprachförderung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Physiotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind körperliche und/ oder geistige Beeinträchtigungen bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ist Ihr Kind in regelmäßiger Betreuung:		
▪ beim HNO-Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ im Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Psychologen/ Psychiater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ beim Orthopäden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind folgende Krankheiten bei Ihrem Kind bekannt:		
▪ Sehbeeinträchtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Hörbeeinträchtigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Anfallsleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Aufmerksamkeitsstörung/ Hyperaktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Wahrnehmungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ andere gesundheitliche Beeinträchtigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf? (Bitte Nachweise vorlegen!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Lernen“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Sprache“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Emotionale und soziale Entwicklung“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Hören“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Sehen“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung“		
<input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Geistige Entwicklung“ <input type="checkbox"/> Förderschwerpunkt „Autismus“		

Datum: _____ Unterschrift der Sorgeberechtigten: _____