

Info – Bogen zum Kind

Name des Kindes: _____

Anzahl und Alter der Geschwister: _____

Halten Sie Ihr Kind für schulreif? Ja Nein

Möchte Ihr Kind zur Schule? Ja Nein

Probleme aus Sicht der Eltern?

Ist Ihr Kind in Therapie? Ergo Logo Psychomotorik

Grund: _____

Seit wann: _____

Mein Kind ...

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> ist eher schüchtern | <input type="checkbox"/> kann eine Schleife binden | <input type="checkbox"/> zieht sich |
| <input type="radio"/> ist eher selbstbewusst | <input type="checkbox"/> ist kontaktfreudig | alleine an |
| <input type="checkbox"/> kann sich beim Spielen an Regeln halten | <input type="checkbox"/> kann sich gut auf neue Situationen einstellen | <input type="checkbox"/> kann verlieren |
| <input type="checkbox"/> kann Fahrrad fahren | <input type="checkbox"/> kann schwimmen | |

Konzentrationsspanne:

Beim Spielen: bis 15 min bis 30 min bis 1 Stunde

Beim Malen / Basteln: bis 15 min bis 30 min bis 1 Stunde

Wunschklassenkameraden: _____

Konfektionsgröße: _____