



KANTON  
NIDWALDEN

BILDUNGSDIREKTION

Bitte die Anmeldung per Post zustellen!

SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST

## Anmeldung zur schulpsychologischen Abklärung

### 1. Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Fremdsprachig	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Muttersprache	_____
Dolmetscher/in	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	(Erstsprache)	_____
Name Dolmetscher/in (falls vorhanden)	_____		_____
Adresse	_____	Tel.	_____
PLZ / Wohnort	_____	e-mail	_____
Vorname der Mutter	_____	Natel / Tel. G	_____
Beruf	_____	e-mail	_____
Adresse (wenn nicht identisch mit oben)	_____		_____
Vorname des Vaters	_____	Natel / Tel. G	_____
Beruf	_____	e-mail	_____
Adresse (wenn nicht identisch mit oben)	_____		_____
Zivilstand der Eltern	_____	Sorgerecht	_____

### 2. Schule

Klasse	_____	Tel. P / Natel	_____
Lehrperson/en	_____	Tel. Schule	_____
Schulhaus	_____	e-mail Privat	_____

### 3. Grund oder Gründe der Anmeldung

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschulung                    | <input type="checkbox"/> Schulische Unterforderung                |
| <input type="checkbox"/> Promotion                      | <input type="checkbox"/> Hochbegabung                             |
| <input type="checkbox"/> Schullaufbahn                  | <input type="checkbox"/> Sprech-/Sprachschwierigkeiten            |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Lernschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten in der Schule  |
| <input type="checkbox"/> Rechenschwäche                 | <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten in der Familie |
| <input type="checkbox"/> Leseschwäche                   | <input type="checkbox"/> Persönliche Probleme                     |
| <input type="checkbox"/> Rechtschreibschwäche           | <input type="checkbox"/>  |

#### 4. Frühere Beratungen oder Abklärungen

- Nein  
 Ja: Wann, wo? \_\_\_\_\_

An einer Sprechstunde wurde über dieses Kind bereits gesprochen.

#### 5. Aktuelle Fördermassnahmen, Therapien

- |                                       | Name  |
|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> SHP          | _____ |
| <input type="checkbox"/> DaZ          | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> HFE *        | _____ |

- |   | Name  |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Psychomotorik  | _____ |
| <input type="checkbox"/> KJPD **        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere         | _____ |

\* HFE: Heilpädagogische Früherziehung

\*\* KJPD: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

#### 6. Schulleistungen: Zeugniskopie beilegen

- |                   |                                    |   |                                    |        |
|-------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|--------|
| Letzte Promotion: | <input type="checkbox"/> definitiv | <input type="checkbox"/> provisorisch   | <input type="checkbox"/> rep.      | Klasse |
| Einschulung:      | <input type="checkbox"/> normal    | <input type="checkbox"/> zurückgestellt | <input type="checkbox"/> vorzeitig |        |

#### 7. Bericht der Lehrperson

Allgemeiner Eindruck:

\_\_\_\_\_

Sachkompetenz:

\_\_\_\_\_

Selbstkompetenz:

\_\_\_\_\_

Sozialkompetenz:

---

Stärken:

---

Familiäre Verhältnisse (soweit bekannt):

---

Besonderes:

---

Welche Lösungen wurden bisher gesucht?

---

Fragestellungen:

---

Datum:

Unterschrift Lehrperson: \_\_\_\_\_

und SHP: \_\_\_\_\_

Wir Eltern haben die Beobachtungen der Lehrperson/SHP gelesen und sind mit der schulpsychologischen Abklärung einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern: \_\_\_\_\_

## 8. Beobachtungen der Eltern