

Die folgenden Angaben sind freiwillig und haben keinen Einfluss auf die Aufnahmeentscheidung! Sie können den Lehrer/inne/n erhebliche Hilfen im täglichen Umgang mit den Kindern geben!

Bitte ankreuzen und nach Möglichkeit mit Informationen ergänzen!

NAME: _____

Leidet Ihr Kind unter:

- 0 Asthma / Allergien _____
- 0 Diabetes _____
- 0 Gleichgewichtsstörungen _____
- 0 Konzentrationsstörungen _____
- 0 Verhaltensauffälligkeiten _____

Wurde bei Ihrem Kind eine Schwäche festgestellt im Bereich:

- 0 LRS _____
- 0 Dyskalkulie _____
- 0 Teilleistungsschwäche _____
- 0 Fehlhörigkeit _____
- 0 früher AO-SF / Prävention _____

War Ihr Kind bereits in Behandlung bei:

- 0 Logopäde _____
- 0 Ergotherapeut _____
- 0 Motopäde _____
- 0 SPZ – Weswegen? _____
- 0 Psychologe _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Was kann Ihr Kind besonders gut? Was sind bevorzugte Hobbies?
