



Fragebogen zur Entwicklung Ihres Kindes

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie sind diejenigen, die Ihr Kind am besten kennen. Durch die genaue und vollständige Beantwortung der folgenden Fragen geben Sie uns wichtige Hinweise zu den individuellen Lernvoraussetzungen Ihres Kindes.

Vor- und Nachname des Kindes:

.....

Fragen:	ja/nein	Ihre Anmerkungen
Interessen des Kindes Welche Interessen und Neigungen zeigt Ihr Kind? (sportlich, musisch, handwerklich, ...)		
Altersgerechte Entwicklung der Selbstständigkeit Kann Ihr Kind sich allein an- und umziehen? Führt Ihr Kind kleine Aufträge allein aus? Verrichtet Ihr Kind den Toilettengang ohne Hilfe? Kann Ihr Kind aufräumen? Kann Ihr Kind erlernte „Benimmregeln“ anwenden?		
Entwicklung des Hörens und der Sprache Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind gut hören kann? Hat ein Arzt bei Ihrem Kind Hörprobleme festgestellt? Wenn ja, welche?		



Haben Sie in der bisherigen sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes Auffälligkeiten festgestellt? Wenn ja, welche?

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Entwicklung des Sehens

Hat ein Arzt bei Ihrem Kind eine Beeinträchtigung des Sehens festgestellt?
Wenn ja, welche?

Trägt Ihr Kind eine Brille? Falls ja, welche Beeinträchtigung hat Ihr Kind (Weitsicht...)?

Entwicklung der Motorik

Haben Sie in der bisherigen körperlichen Entwicklung bzw. der Bewegungsentwicklung Ihres Kindes Besonderheiten festgestellt?
Wenn ja, welche?

Welche Hand benutzt Ihr Kind vorwiegend beim Malen/ Basteln?
(Bitte ankreuzen!)

- ☐ rechts
- ☐ links
- ☐ noch keine eindeutige Händigkeit erkennbar



<p>Lern- und Sozialverhalten</p> <p>Kann Ihr Kind Grundregeln des Zusammenlebens einhalten?</p> <p>Ist Ihr Kind in der Lage, Hilfestellung anzunehmen?</p> <p>Bleibt Ihr Kind auch bei der Sache, wenn es einmal schwierig oder langweilig wird?</p> <p>Lässt sich Ihr Kind gut motivieren?</p> <p>Zeigt Ihr Kind Bereitschaft, sich anzustrengen?</p> <p>Kann sich Ihr Kind über Lob freuen?</p> <p>Kann Ihr Kind auch mit Misserfolg umgehen?</p> <p>Akzeptiert Ihr Kind Grenzsetzung?</p> <p>Wird Ihr Kind bei Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen schnell wütend und reagiert unangemessen?</p> <p>Weint Ihr Kind schnell, wenn Sie Grenzen setzen?</p> <p>Nimmt ihr Kind regelmäßig Kontakt zu Gleichaltrigen auf?</p> <p>Kann sich Ihr Kind längere Zeit mit einer Sache beschäftigen?</p> <p>Diverses</p> <p>Hat Ihr Kind besonderen Förderbedarf?</p> <p>Wurde eine Integrations-Maßnahme in der Kita in Anspruch genommen?</p>		
---	--	--



<p>Wird Ihr Kind von der Frühförderung betreut?</p> <p>War oder ist Ihr Kind in therapeutischer Behandlung und welchen Grund hat/hatte die Behandlung?</p> <p>Wenn ja, welche therapeutischen Maßnahmen wurden / werden durchgeführt?</p> <p>Bitte ankreuzen und den Zeitraum angeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sprach- bzw. Logotherapie <input type="checkbox"/> Psychologische Behandlung/ <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum <p>Liegen Diagnose/n bzw. Testergebnisse vor?</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <p>Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?</p> <p>Hat Ihr Kind Allergien oder Abneigungen? Wenn ja, welche? (Allergiepass vorhanden?)</p> <p>Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?</p> <p>Möchten Sie uns noch weitere wichtige Informationen zu Ihrem Kind geben?</p>		
--	--	--

Ort/Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten