

Psychomotorische Therapiestelle, Dorfschulhaus, 6043 Adligenswil, Tel: 041 375 77 16

## Anmeldung Psychomotorik-Untersuchung

Die Eltern müssen mit der Anmeldung einverstanden sein.

Name/Vorname des Kindes:.....Geb.Datum:.....

Namen der Erziehungsberechtigten:.....

Adresse:.....Telefon:.....

Lehrperson:.....Telefon P.:.....

Klasse:.....Schulhaus/KG:.....Telefon:.....

### Anmeldungsgründe (Erläuterungen bitte auf den Zusatzlinien oder auf der Rückseite)

Schwierigkeiten in der **Grobmotorik** (Turnen / Sport)

verkrampft / ungelenkt    ungesteuert    schlecht koordiniert    ängstlich

Schwierigkeiten in der **Feinmotorik** (Basteln / Werken)

verkrampft / ungelenkt    ungesteuert    schlecht koordiniert

Schwierigkeiten in der **Grafomotorik** (Zeichnen / Handschrift)

verkrampft / ungelenkt    ungesteuert

visuelle Wahrnehmung / Formerkennung beeinträchtigt

Körperwahrnehmung beeinträchtigt    Raumlageorientierung beeinträchtigt

herabgesetzte Ausdauer / ermüdet rasch    Konzentrationsschwierigkeiten

arbeitet langsam, schwerfällig    arbeitet hastig, impulsiv

### Wie ist der Kontakt des Kindes

- zur Lehrperson.....

- zu den Kameraden .....

Kind wurde bereits    schulpsychologisch    logopädisch    kinderpsychiatrisch    untersucht

Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien?    nein    ja, nämlich.....

Erhält das Kind gegenwärtig irgendwelche Therapien?    nein    Ja, nämlich.....

### Besondere Beobachtungen und Hinweise auf der Rückseite aufführen!

Ort und Datum:.....Unterschrift.....