

## BEOBSACHTUNGS-AUFTRAG

Ich wünsche eine Beobachtung und Beratung durch die Psychomotorik- Therapiestelle

### Angaben zum Kind:

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

### Beobachtungsschwerpunkt/e:

Grobmotorik     
  Feinmotorik     
  Grafomotorik     
  Emotional     
  Sozial

### Problematik:

.....

.....

.....

.....

Andere Fachpersonen haben diese Auffälligkeiten ebenfalls beobachtet: Wer?

.....

### Meine/ unsere Fragestellung:

.....

.....

.....

### Die Eltern: (zutreffendes ankreuzen)

- ... werden von mir (als LP) über den Beobachtungsbesuch informiert
- ... wünschen eine Auskunft (durch die PMT) nach der Beobachtung
- ... sind nicht informiert, ich wünsche eine Beratung für die Kindergartensituation

**Form der Beobachtung:** (zutreffendes ankreuzen)

- Das Kind ist über die Beobachtung informiert
- Das Kind ist nicht informiert
- Ich wünsche eine diskrete Beobachtung **ohne direkten Kontakt zum Kind**
- Ich wünsche **direkte Hilfestellung:** (bitte beschreiben):

.....  
.....

**Terminvorschläge für den Beobachtungsbesuch:**

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

**Terminvorschläge für den Austausch:**

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

Datum: ..... Zeit: von ..... bis .....

**Angaben zu mir:**

Name: ..... Vorname: .....

Mail: ..... Telefon: ..... Mobile: .....

Kindergarten / Schulhaus: .....

Strasse, Nr: .....

Schulgemeinde: .....