**Anmeldeformular für eine psychomotorische Abklärung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personalien des Kindes** | | | |
| Name des Kindes: |  | Vorname des Kindes: |  |
| Geburtsdatum: |  | Klasse: |  |
| Adresse: |  | PLZ und Wohnort: |  |
| Vor- + Nachname der Mutter: |  | Vor- + Nachname des Vaters: |  |
| Telefon Mutter: |  | Telefon Vater: |  |
| Name der Lehrperson: |  | Name Schulhaus/KG: |  |

|  |
| --- |
| **Anmeldegrund (bitte Auffälligkeiten ankreuzen und kurz beschreiben)** |
| Grobmotorik (Sicherheit, Gleichgewicht, Koordination, …): |
| Feinmotorik (Fingerbeweglichkeit, schneiden, basteln, essen, anziehen,…): |
| Grafomotorik (zeichnen, schreiben, Stifthaltung,…): |
| Wahrnehmung (Körper, Raum, taktile, …): |
| Umgang mit sich und anderen (Selbstpflege, Selbstwahrnehmung, soziale Interaktion,…): |
| Umgang mit Anforderungen (Selbständigkeit, Eigenständigkeit, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz,…): |
| Allgemeines Lernen (Arbeitsverhalten, Handlungsplanung, Konzentration, Aufmersamkeit, Spielentwicklung): |
| weiteres: |

|  |
| --- |
| **Weitere medizinische Auffälligkeiten / Einschränkungen** |
| Augen: |
| Gehör: |
| Skelett: |
| weiteres: |

|  |
| --- |
| **Angaben zum Arzt / Ärztin (Stempel, Praxis, Name, Adresse, Telefon):** |
| Datum des Untersuchs: Unterschrift Arzt/Ärztin: |

An [info@psymo.ch](mailto:info@psymo.ch) (bitte in datenschutzgesichterter Form) oder per Post:

Wil, Jonschwil, Kirchberg, Zuzwil, Mosnang, Lütisburg bitte nach Wil senden (siehe Adresse unten).

Uzwil, Oberuzwil, Flawil, Oberbüren, Niederbüren, Niederwil, Niederhelfenschwil bitte nach Uzwil senden (siehe Adresse unten).