**Anmeldung**

Alte Landstrasse 26, Postfach, 8810 Horgen, Telefon 044 727 77 44, E-Mail: [sekretariat@spdhorgen.ch](mailto:sekretariat@spdhorgen.ch), www.spdhorgen.ch

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kind** (Name, Vorname) |  |  | | | Geschlecht | m  w |
| Geburtsdatum |  | Nationalität | | |  | |
| **Vater** (Name, Vorname, Beruf) |  |  | | |  | |
| **Mutter** (Name, Vorname, Beruf) |  |  | | |  | |
| Adresse der **Eltern**  (Strasse, PLZ, Ort) |  | | | | | |
| Telefon **Eltern** |  | | E-Mail **Eltern** |  | | |
| Familiensituation | Eltern leben zusammen  Eltern getrennt/geschieden, Sorgerecht bei  Elternteil gestorben  Obhut bei  Beistand | | | | | |
| Welche anderen Fachpersonen/-stellen befassen sich aktuell mit dem Kind? Namen zwingend angeben  SHP, IF ……………………………..  DaZ ……………………………..  Logo …………………………….. | | | | | | |
| PMT ……………………………..  SSA ……………………………..  Psychotherapie …………………………….. | | | | | | |
| KJPP ……………………………..  kjz ……………………………....  …………………………….. | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Besuchte Schulen** | Klasse | Kindergarten/Schulhaus | Lehrperson |
| Kindergarten |  |  |  |
| Primarstufe |  |  |  |
| Oberstufe |  |  |  |
| **Jetzige Klasse** |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lehrperson** (Name, Vorname) |  | |
| **Schule/Kindergarten** (Name) |  | |
| **Schule/KG** (Strasse, Ort) |  | |
| Telefon/E-Mail Lehrperson |  | |
| Fragestellung der Lehrperson |  | |
| **SSG** hat stattgefunden am |  | Kopie Kurzprotokoll beilegen |
| Wird die Anwesenheit einer/s **Dolmetscher/in** gewünscht? | Ja, Sprache | Nein |
| Datum und Unterschrift der **Lehrperson** |  | |
| **Kenntnisnahme** Datum und Unterschrift der **Eltern** | **Sind beide Elternteile sorgeberechtigt, ist das Anmeldeformular von beiden Elternteilen zu unterschreiben.** | |
| Datum und Unterschrift der visumsberechtigten  **Schulleitung/Schulverwaltung** | **Laufweg: Lehrperson – Eltern (Kenntnisnahme) – Schulleitung – Schulverwaltung/Fachstelle – SPD** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kind** (Name, Vorname) |  |

|  |
| --- |
| 1. **Wie erleben Sie das Kind in der Klasse?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Wo sehen Sie die Stärken, wo die Schwierigkeiten des Kindes?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Was wurde bisher schon unternommen?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Was erwarten Sie von unserer Beratung?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Haben Sie ausser der schulpsychologischen Beratung noch an andere Massnahmen (z.B. schulische, sonderschulische, therapeutische) gedacht?** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Bei Lern- und Leistungsschwierigkeiten: Schulleistungen in Worten oder Noten** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Weitere nützliche Informationen** (wenn nötig auf separatem Blatt) |
|  |

**Bitte sämtliche Fragen auf der Vorder- und Rückseite beantworten und allfällige Berichte beilegen.**