

SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST WINTERTHUR-LAND

A N M E L D E B L A T T

Mit diesem Formular haben Eltern und Lehrkräfte die Möglichkeit, ein Kind für eine schulpsychologische Untersuchung anzumelden.

Schüler/Schülerin:

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m w
Nationalität _____ Muttersprache _____
Adresse _____

Eltern bzw. Erziehungsverantwortliche:

Mutter:	Vater:
Name, Vorname _____	Name, Vorname _____
Beruf _____	Beruf _____
Strasse _____	Strasse _____
PLZ/Ort _____	PLZ/Ort _____
Tel. P _____	Tel. P _____
Natel _____	Natel _____
e-mail _____	e-mail _____

Schule:

Schulgemeinde _____	Schulhaus _____
Lehrperson _____	Klasse _____
Tel. Schule _____	Tel. Lehrperson _____

Anmeldegrund und konkrete Fragestellung: _____

Datum und Unterschrift der Eltern: Mutter Vater

Datum und Unterschrift der Schulleitung / Schulpflege Datum und Unterschrift der Lehrperson

Beschreiben Sie bitte in Stichworten die Situation, in der sich das Kind befindet:

In der Schule: _____

Zu Hause und in der Freizeit: _____

Bisherige Therapien und/oder schulische Massnahmen: _____

Weitere Angaben zum Kind: _____

Geschwisterreihe:

Name	Jahrgang	Name	Jahrgang

Ihre Erwartungen an die Untersuchung und Beratung:

Bei fremdsprachigen Kindern: seit wann ist das Kind in der Schweiz? _____

Ist eine Übersetzung notwendig? für das Kind für die Eltern

Wurde die Anmeldung mit uns vorbesprochen? Ja Nein