



**Schulpsychologischer Dienst**

Mühlestrasse 10  
8402 Winterthur  
Telefon 052 267 55 37

## Anmeldung zur schulpsychologischen Beratung und Abklärung

### Personalien Kind

|              |                                                                  |                       |                                                                                                |
|--------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name         | Vorname                                                          |                       |                                                                                                |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | wohnhaft bei          | <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater |
| Nation       | Sprache                                                          | Dolmetscher nötig für | <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater   |

### Mutter

### Vater

|                                                                                                              |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Name, Vorname                                                                                                | Name, Vorname         |
| Strasse                                                                                                      | Strasse               |
| PLZ, Ort                                                                                                     | PLZ, Ort              |
| Telefon                                                                                                      | Telefon               |
| E-Mail                                                                                                       | E-Mail                |
| Sorgerecht <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater | Beistand / Beiständin |

### Angaben zur Schule

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Schulhaus          | Klasse / Schultyp |
| Hauptlehrer/in     | Tel. Schulhaus    |
| E-Mail             | Tel. privat       |
| evtl. 2. Lehrer/in | Tel. / E-Mail     |
| IF / Heilpädagogin | Tel. / E-Mail     |

### Bisherige Schullaufbahn

Bitte möglichst vollständig ausfüllen: Regel-/Sprachheilkindergarten, Grundstufe, Rückstellungen, Regelklasse Unter-/Mittelstufe, Kleinklassen, Repetition, Schulwechsel

|              | Schulhaus/Kindergarten | Lehrer/in, Kindergärtnerin | Zeitraum |
|--------------|------------------------|----------------------------|----------|
| Kindergarten |                        |                            |          |
|              |                        |                            |          |
| Unterstufe   |                        |                            |          |
|              |                        |                            |          |
| Mittelstufe  |                        |                            |          |
|              |                        |                            |          |
| Oberstufe    |                        |                            |          |
|              |                        |                            |          |

**Bemerkungen**

---



---



---

**Grund der Kontaktaufnahme/Problemschilderung/Beobachtungen**

Was genau ist das Problem? Wer leidet unter der Situation? Was sind die Schwierigkeiten mit der Situation?

---

---

---

---

---

**Allgemeine Beschreibung des Kindes**

Lern- und Leistungsverhalten, Arbeitsverhalten, soziales Verhalten, emotionale Befindlichkeit, besondere Begabungen und Interessen, Stärken und Schwächen, Schulleistungen, Promotion, Gesundheitszustand

---

---

---

---

---

**Was wurde bisher unternommen?**

Frühere Abklärungen: Kinderklinik, Kinderarzt/ärztin, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Jugendsekretariat, SPD etc.

Bisherige Massnahmen: DaZ, IF, Logopädie, Psychomotorik, Schulsozialarbeit, Aufgabenstunden, Nachhilfe etc.

---

---

---

---

---

**Welche Anliegen und Erwartungen haben Sie an den SPD?**

---

---

---

---

---

Die Anmeldung wurde mit dem SPD am \_\_\_\_\_ vorbesprochen.

**Unterschriften** (einverstanden mit der Abklärung)

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Eltern \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Lehrperson \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Schulleitung \_\_\_\_\_

Bei Einbezug der Kreisschulpflege

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Kreisschulpflege \_\_\_\_\_