

Aus Datenschutzgründen darf die Anmeldung nicht elektronisch übermittelt werden und muss die Unterschrift der Kindseltern enthalten.

## SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST KREIS DAGMERSELLEN

Bürohaus zur Moschti, Altishoferstrasse 5, 6252 Dagmersellen

Telefon 062 / 748 52 02

[spd.kreisdagmersellen@bluewin.ch](mailto:spd.kreisdagmersellen@bluewin.ch)

[www.schuldienste.ch](http://www.schuldienste.ch)

### Anmeldung zur schulpsychologischen Untersuchung / Beratung

Ihre Angaben sind für uns sehr wichtig. Besten Dank!

#### Eltern

Familienname:.....  
Vorname des Vaters:.....  
Vorname der Mutter:.....  
Beruf des Vaters:.....  
Beruf der Mutter:.....  
Strasse/Hausnummer:.....  
PLZ/Wohnort:.....  
Telefon privat:...../.....  
Natel:...../.....  
Muttersprache:.....  
Nationalität: .....  
Dolmetscher  ja  nein

#### Kind

männlich  weiblich

Familienname:.....  
Vorname:.....  
Geburtsdatum: .....  
Klasse: .....Repetierte Klassen:.....  
Schulhaus:.....  
Telefon Schulhaus:...../.....  
**Lehrperson:**.....  
Telefon.....  
Mailadresse LP:.....  
**IF-Lehrperson:** .....  
Mailadresse IF-Lp: .....  
**Deutsch-LP** für Fremdsprachige: .....

### Fragestellung

#### Schullaufbahnberatung

- Einschulung
- Repetition
- Sonderschulabklärung
- Gute Begabung / Überspringen
- .....

#### Lern- und Leistungsschwierigkeiten

- allgemeine Lern- und Leistungsschwierigkeiten
- Lese- Rechtschreibschwierigkeiten
- Rechenschwierigkeiten
- Lernzielanpassung

#### Verhaltensschwierigkeiten

- Erziehungs-/Verhaltensschwierigkeiten in der Schule
- Erziehungs-/Verhaltensschwierigkeiten in der Familie
- psychosomatische Schwierigkeiten
- persönliche Probleme
- .....

- Hatte der Schüler / die Schülerin schon mit dem schulpsychologischen Dienst Kontakt?  Ja  Nein

Welche anderen Beratungs- und Therapiestellen haben sich schon mit dem Kind befasst?

- Psychomotorik Therapiestelle: (Name).....  Logopädie: (Name).....
- Kinderarzt: (Name/Adresse) .....
- Andere Fachperson: (Name) .....

→ Rückseite beachten!

