

für \_\_\_\_\_, \*  
Name des Kindes geboren am

## 1 Bisherige Schullaufbahn

### 1.1 Ersteinschulung

Frühzeitige Einschulung (vor dem Stichtag):  ja  nein

Zurückstellung:  ja  nein

Schule (Name, Ort):

\_\_\_\_\_

### 1.2 Schulwechsel

Jahr des Wechsels: \_\_\_\_\_ in Schule: \_\_\_\_\_

Jahr des Wechsels: \_\_\_\_\_ in Schule: \_\_\_\_\_

Jahr des Wechsels: \_\_\_\_\_ in Schule: \_\_\_\_\_

## 2 Entwicklung vor dem Wechsel an die Städt. Gesamtschule HSW

Mein/unser Kind ...	stimmt	stimmt nicht
• ist/war in logopädischer Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ist/war sehr anfällig im HNO-Bereich (hat/hatte häufig Mittelohrentzündungen/Paukenröhrchen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat an der Lese-Rechtschreib-Förderung in der Grundschule teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat an einer Mathematikförderung in der Grundschule teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat an einer außerschulischen Förderung/Therapie bzgl.LRS, Dyskalkulie etc. teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hat an einer inner- oder außerschulischen Stärkenförderung teilgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ein Nachweis über die Notwendigkeit besonderer Förderung liegt vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Eröffnung eines AO-SF wurde beantragt oder in Betracht gezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein/unser Kind ...	stimmt	stimmt nicht
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hat(te) Schulangst oder sonstige Angstzustände.</li> <li>• hat(te) häufig Kopf- oder Bauchschmerzen.</li>   <li>• zeigt(e) deutliches Vermeidungsverhalten gegenüber Lesen und Schreiben etc.</li> <li>• hat(te) ein schwaches Selbstbewusstsein.</li> <li>• hat(te) Schwierigkeiten, aufmerksam bei einer Aufgabe zu bleiben.</li> <li>• ist/war häufig unkonzentriert.</li>   <li>• verwechselt beim Lesen <b>optisch</b> ähnliche Buchstaben (a-o, m-n, n-r, t-f, h-k, p-q, d-b usw.).</li> <li>• verwechselt beim Lesen <b>akustisch</b> ähnliche Buchstaben (o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.).</li> <li>• liest im Vergleich zu Gleichaltrigen sehr langsam.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• versteht den Inhalt von Gelesenem oft nicht und kann ihn nicht wiedergeben.</li> <li>• errät Wörter anstatt sie zu lesen.</li> <li>• hat Mühe, die einzelnen Buchstaben beim Lesen zu verschmelzen/zusammenzuziehen.</li>   <li>• lässt beim Schreiben Buchstaben oder Silben aus.</li> <li>• verwechselt beim Schreiben <b>optisch</b> ähnliche Buchstaben (a-o, m-n, n-r, t-f, h-k, p-q, d-b usw.).</li> <li>• verwechselt beim Schreiben <b>akustisch</b> ähnliche Buchstaben (o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.).</li> <li>• schreibt im Vergleich zu Gleichaltrigen sehr langsam und hat eine verkrampfte Schreibhaltung.</li> <li>• hat beim Schreiben einen eingeschränkten Wortschatz (im Vergleich zum mündlichen Sprachgebrauch).</li>   <li>• lenkt sich häufig mit Computerspielen etc. ab.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Weitere Beobachtungen / Sonstiges:</p>		

### 3 Sonstiges

Bitte berücksichtigen:

Mutter  ist halbtags berufstätig  ist ganztags berufstätig

Vater  ist halbtags berufstätig  ist ganztags berufstätig

Ich/wir wünsche(n) zeitnah Nachmittagsbetreuung

für die sonst ‚kurzen‘ Schultage:  nein  ja.: \_\_\_\_\_

Eine BUT-Berechtigung liegt vor. Nr. der Bildungskarte: \_\_\_\_\_

Das ist mir/uns außerdem wichtig:

---

---

---

**Mit der Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens erleichtern Sie uns die Arbeit. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten verwenden wir ausschließlich für die Planungs- und pädagogische Arbeit.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der/des Erziehungsberechtigten