

Absender (Name + Anschrift des Kindergartens)

Montessorischule Hohenbrunn
Otto-Hahn-Str. 36
85521 Riemerling

Von den Eltern vorab auszufüllen	
Name u. Vorname des Kindes	
Name des Vaters	
Geburtsdatum	Religionszugehörigkeit
Name der Mutter	
Anschrift	
Tel.-Nr.	
e-mail	
Vom Kindergarten auszufüllen und bis spätestens 26.01.2018 an die Schule zu schicken.	
Das Kind besucht den Kindergarten seit	Eventuelle <input type="checkbox"/> Teilleistungsstörungen (Legasthenie, Dyskalkulie, ADS/ADHS,) <input type="checkbox"/> Körperl./geistige Einschränkungen <input type="checkbox"/> Kein Befund
<input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> ganztags	Diagnose
Therapie (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie....) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja, Dauer der Therapie	Arzt
Art der Therapie	
Therapeut	Psychologe
Allgemeine Beurteilung der Schulreife	
Bemerkungen zum Schulvorschlag aus des Sicht des Kindergartens	
Ort, Datum	Unterschrift
Allgemeine Beschreibung - s. Rückseite	

Allgemeine Beschreibung

1. Emotionaler Bereich

2. Arbeitsverhalten

3. Ausdauer

4. Sprache

5. Spielverhalten

6. Sozialer Kontakt (Kind - Kind, Kind - ErzieherIn)

7. Elternkontakte

Daten des Kindes - s. Rückseite