|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Eintritt Kindergarten im Schuljahr: | | | | |
| Angaben zum Kind | | | | |
| **Kind** (Name, Vorname) |  | | | |
| Geburtsdatum |  | | | |
| **Geschlecht** | m  w | | | |
| Erstsprache(n) |  | | | |
| **Eltern / Erziehungs- berechtigte**  Namen, Vornamen, Adressen, Telefone, E-Mail |  | | | |
| **Besondere Erziehungsverantwortung (Beistand)**  Name, Vorname, Adresse,  Telefon, E-Mail |  | | | |
| **Wohnhaft in der Schweiz seit** | Geburt  Datum: | | | |
| **Sonderpädagogische Massnahmen im Schulbereich** | | | | |
| **Empfehlung zur Prüfung von** | Sonderschulbedarf[[1]](#footnote-1) (ISR, ISS, separierte Sonder-  schule)  Integrative Förderung (IF)  Deutsch als Zweitsprache (DaZ)  Logopädie  Psychomotorik  schulisch indizierte Psychotherapie  Beratung und Unterstützung (B&U)  Fachgebiet: | | | |
| **Allfällige weitere  Hinweise** | verstärkte Beobachtung während des ersten Quartals: | | | |
| **Interkulturelles Dolmetschen / Gebärdensprache** | Nein  Ja, Sprache | | | |
| **Standortgespräch zur  Einschulung** | durchgeführt am:        Kurzprotokoll liegt bei nicht durchgeführt | | | |
| **Ausfüllende Fachperson** | | | | |
| **Name, Vorname** |  | | | |
| **Fachgebiet** | Heilpädagogische Früherziehung (HFE)  Logopädie   Audiopädagogik  Kinderarzt / Kinderärztin | | | |
| **Telefon, E-Mail** |  | | | |
| Bisherige Abklärungen bei | | | Bisherige Förderung / Therapie | |
| Fachstelle Sonderpädagogik (Kinder- spital Zürich, Kantonsspital Winterthur)  Klinik für Kinder- und Jugendpsychiat- rie und Psychotherapie KJPP  Kinderarzt / Kinderärztin  Beratungsstelle:  Erstberatung HFE  Erstberatung Logopädie  Beratungsstelle:  andere: | | | Heilpädagogische Früherziehung HFE  Low Vision  Hörsehbehinderung  Logopädie  Audiopädagogik  Ergotherapie  Physiotherapie  Psychotherapie  andere: | |
| **Förderung / Therapie /  Abklärung** | | **Fachperson** (Name, Vorname) | | **Datum** (von / bis) |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Einwilligung zur Auskunftserteilung | | | | |
| Die Eltern und Erziehungsberechtigten sind mit der Weiterleitung des Meldeformulars an die zuständige Schulverwaltung einverstanden:  Ja  Nein (bei «Nein» erfolgt KEINE Meldung) | | | | |
| Die Eltern und Erziehungsberechtigten ermächtigen die folgenden unten aufgeführten Fachpersonen, sich – soweit notwendig – schriftlich und mündlich mit den in der zuständigen Schule für die Abklärung und Förderung verantwortlichen Personen über die für die Förderung relevanten Themen im Zusammenhang mit dem Kind auszutauschen:  Ja  Nein (bei «Nein» erfolgt KEIN Austausch)  Fachperson(en):  HFE  Low Vision  Hörsehbehinderung  Logopädie  Audiopädagogik  Fachstelle Sonderpädagogik  KJPP  Kinderarzt / Kinderärztin  Ergotherapie  Physiotherapie  Psychotherapie  Beratungsstelle:        andere: | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| Die Eltern und Erziehungsberechtigten sind einverstanden, dass die nachgeführt aufgelisteten Berichte bzw. das Protokoll der Erstberatung Logopädie oder HFE – bei Bedarf – an die in der Schule für die Abklärung und Förderung verantwortlichen Personen oder Stellen weitergeleitet werden: |
|  |
|  |
|  |

Beilage:

Kurzprotokoll des Standortgesprächs zur Einschulung

Datum, Unterschrift(en) Eltern[[2]](#footnote-2) / Erziehungsberechtigte:

Datum, Unterschrift ausfüllende Fachperson:

Verteiler:  
- zuständige Schulverwaltung:

- Eltern / Erziehungsberechtigte / Besondere Erziehungsverantwortung (Kopie)

1. vgl. Zuweisungsverfahren: Die Prüfung des Sonderschulbedarfs bedingt den Einbezug des  
   Schulpsychologischen Dienstes SPD. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bei gemeinsamer elterlicher Sorge ist das Meldeformular von beiden Elternteilen zu unterzeichnen. [↑](#footnote-ref-2)