|  |
| --- |
| 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)