

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Schuldienste Willisau |** **Schulpsychologischer Dienst**Rathaus, Hauptgasse 13 | 6130 WillisauT 041 970 32 27schuldienstsekretariat@vwil.chwww.schuldienste.willisau.ch |

**ANMELDUNG** **zur schulpsychologischen Abklärung/Beratung**

**Schulpsychologischer Dienst**

6130 Willisau, Rathaus, Hauptgasse 13, 041 970 32 27 | schuldienstsekretariat@vwil.ch

6102 Malters, Muoshofstrasse 26, 041 497 40 33 | ines.boehler@vwil.ch

🡪 kann elektronisch ausgefüllt werden - Bitte vollständig

🡪 aus Datenschutzgründen nicht per Mail, sondern ausgedruckt per Post an den **SPD in Willisau / resp. Malters** zustellen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** |       | **Vorname** |       |
| **Adresse** |       | **PLZ Ort** |       |
| **Geburtsdatum** |       | **Geschlecht** | männlich [ ]  weiblich [ ]  |
| **Nationalität** |       | **Muttersprache** |       |
| **In CH seit** |       | **Dolmetscher** | ja [ ]  nein [ ]  |
|  |  |  |  |
| **Name, Vorname Vater** |       | **Name, Vorname Mutter** |       |
| **Beruf Vater** |       | **Beruf Mutter** |       |
| **Adresse** (wenn nicht identisch mit Kind) |       | **Adresse** (wenn nicht identisch mit Kind) |       |
| **E-Mail Vater** |       | **E-Mail Mutter** |       |
| **Telefon/Handy Vater** |       | **Telefon/Handy Mutter** |       |
| **Dolmetscher Vater** | ja [ ]  nein [ ]  | **Dolmetscher Mutter** | ja [ ]  nein [ ]  |
| **Eltern leben getrennt**  | ja [ ]  | nein [ ]  |  |
| **Sorgerecht** | gemeinsam [ ]  | Mutter [ ]  | Vater [ ]  |
| **Beistandsschaft** | ja [ ]  | nein [ ]  |  |
|  |  |  |  |
| **Schulhaus** |       | **Klasse** |       |
| **Klassen LP** |       | **IF LP** |       |
| **Telefon Klassen LP** |       | **Telefon IF LP** |       |
| **E-Mail Klassen LP** |       | **E-Mail IF LP** |       |

**Anmeldegründe**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Einschulung | [ ]  allg. Lern- und Leistungsschwierigkeiten |
| [ ]  Schullaufbahnberatung | [ ]  Leseschwierigkeiten |
| [ ]  Erziehungs-/Verhaltensschwierigkeiten | [ ]  Rechtschreibschwierigkeiten |
|  [ ]  in Schule [ ]  in Familie | [ ]  Textverständnisschwierigkeiten |
| [ ]  Sprech- und Sprachschwierigkeiten | [ ]  Rechenschwierigkeiten |
| [ ]  Motorische Schwierigkeiten | [ ]  Sonderschulung |
| [ ]  Psychische Probleme | [ ]  Arbeitsverhalten |

**Aktuelle Schulleistungen** [ ]  GBF (bitte Beurteilungsberichte beilegen)

Bitte Zeugnisbericht und aktuellen Notenstand beilegen.

**Bestand schon Kontakt zum SPD** [ ]  ja [ ]  nein

**Bisherige Schullaufbahn**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Rückstellung | [ ]  Repetition Kindergarten  | [ ]  Repetierte Klassen | [ ]  IF | [ ]  ILZ |
| [ ]  längere Verweildauer |  |  |  |  |

**Welche Beratungs- und Therapiestellen** haben sich schon mit dem Kind/mit der Familie be­fasst?

(z.B. spez. Förderung Deutsch und Rechnen, Deutsch für Fremdsprachige, Logopädie, Psychomotorik, Heilpädagogische Frühförderung, Ärztliche Untersuche, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Sozialdienst)

**Abgeschlossene Beratungen oder Therapien (wann, wie lange, bei wem)**

**Laufende Beratungen oder Therapien**

**Wie erleben Sie das Kind?**

**Intellektuell** z.B. Sprachentwicklung, Spielverhalten, Arbeitshaltung, Auffassungsgabe, Interesse am Unterricht,besondere Begabungen/Fähigkeiten

**Körperlich** z.B**.** Motorik und Geschicklichkeit, Beeinträchtigung der Sinnesorgane, Rechts/Linkshändigkeit, Ermüdbarkeit usw.

**Emotional und sozial** z. B. Grundstimmung, Belastbarkeit, Selbständigkeit, Gruppenverhalten,Freizeitgestaltung, Auffälligkeiten, Besondere Fähigkeiten

**Was wurde bisher schon unternommen in Bezug auf die Schwierigkeiten des Kindes?**

**Welche Fragen stellen Sie uns?**

Für weitere Angaben bitte separates Blatt benützen.

**Ich denke an folgende Unterstützungsmassnahmen (auch mehrere Antworten möglich)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  IF mit Lernzielreduktion | [ ]  Logopädie |  |
| [ ]  IF ohne Lernzielreduktion | [ ]  Psychomotorik-Therapie |  |
| [ ]  Nachteilsausgleich in einem oder mehreren Fächern | [ ]  Psychotherapeutische Hilfe |  |
| [ ]  Einschulungsmodell | [ ]  Nachhilfe |  |
| [ ]  Sonderschulung | [ ]  Unterrichtsbesuch |  |
| [ ]  Repetition | [ ]  Erziehungsberatung |  |
| [ ]        | [ ]        |  |

**Einverständnis der Erziehungsberechtigten**

[ ]  Ich habe meinen Vorschlag mit den Erziehungsberechtigten besprochen. Sie sind mit der schulpsychologischen Untersuchung einverstanden.

[ ]  Die schulpsychologische Anmeldung erfolgt auf Wunsch der Erziehungsberechtigten.

[ ]  Die Erziehungsberechtigten sind mit der schulpsychologischen Untersuchung nicht einverstanden. Ich leite diese Anmeldung an die zuständige Schulleitung weiter.

Datum       Unterschrift der Lehrperson

🡪 Bei Sonderschulabklärung ist die Unterschrift der Schulleitung erforderlich.

Datum       Unterschrift der Schulleitung

🡪 Bei Nichteinverständnis der Erziehungsberechtigten ist die Anordnung durch die Schulleitung möglich.

Datum       Unterschrift der Schulleitung