

Frühberatung und Frühförderung

Martinstorschule (SBBZ-Lernen) ·
Bahnhofstraße 3 ·
Wangen im Allgäu

Tel.: 07522- 912690 · Fax: 07522 – 913540
Web: www.martinstorschule.de ·
Email: rektorat@martinstorschule.de



Kurzvorstellung des Kindes zur Diagnostik/Beratung/Betreuung durch die Frühberatung der Martinstorschule Wangen

Kindergarten: Adresse

.....

Telefon

Gruppe/Erzieherin

Name, Vorname des Kindes:

geboren am: in:

besucht den Kindergarten seit:

Familiensituation:

Familienstand:

Berufliche Situation:

Betreuung durch andere Personen:

Nationalität:

Geschwister: geb. am:

..... geb. am:

..... geb. am:

..... geb. am:

Besonderheiten dazu:

.....

.....

Kinderarzt:

Therapien:

Vereinsteilnahme:

Frühberatung und Frühförderung

Martinstorschule (SBBZ-Lernen) ·
Bahnhofstraße 3 ·
Wangen im Allgäu

Tel.: 07522- 912690 · Fax: 07522 – 913540
Web: www.martinstorschule.de ·
Email: rektorat@martinstorschule.de



Grund der Vorstellung:

.....

.....

.....

.....

.....

Kurzbeschreibung des Verhaltens:

.....

.....

.....

.....

.....

Bisherige Vereinbarungen:

Mit den Eltern:

.....

.....

.....

Mit dem Kindergartenteam/der Leitung:

.....

.....

.....

Vorläufiger Wunsch/Erwartungen:

.....

.....

.....

Datum: Erzieherin:

Frühberatung und Frühförderung

Martinstorschule (SBBZ-Lernen) ·
Bahnhofstraße 3 ·
Wangen im Allgäu

Tel.: 07522- 912690 · Fax: 07522 – 913540
Web: www.martinstorschule.de ·
Email: rektorat@martinstorschule.de



Einverständniserklärung zur Diagnostik/Förderung

Kind (Name): _____

geb.: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Eltern/ Erziehungsberechtigte: _____

Kindergarten:

ErzieherIn: _____

Ich/Wir wünschen, dass unsere Tochter/Sohn von einer/einem MitarbeiterIn der Frühberatung der Martinstorschule betreut wird.

Die Betreuung umfasst je nach Absprache:

Beobachtung Diagnostik Beratung Förderung

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Arbeit diagnostische Testverfahren durchgeführt werden und ein vertrauliches Gespräch mit dem/der ErzieherIn stattfinden kann.

- Ich/Wir wünschen ein Gespräch vor Beginn der Maßnahme.
- Ich/Wir wünschen ein Gespräch nach der diagnostischen Eingangsphase.
- Ich/Wir sind an einem Gespräch, bzw. der Betreuung nicht interessiert.

Datum : _____ Unterschrift: _____