



Sonderpädagogisches Förderzentrum München-West

Helmut-Schmidt-Allee 45 81249 München ☎089/233-64600 ✉sfz-muenchen-west@muenchen.de

Elternfragebogen

zu Ihrem Sohn / Ihrer Tochter

Liebe Erziehungsberechtigte, Sie kennen Ihr Kind am besten. Wir wollen Ihr Kind bestmöglich unterstützen und fördern. Daher ist es für uns wichtig, so viel wie möglich über Ihr Kind zu wissen (Umfeld, Belastungen, Fähigkeiten, Persönlichkeit). Wir bitten Sie darum, diesen Fragebogen nach bestem Wissen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht, von der nur Sie uns entbinden können. Vielen Dank!

Name, Vorname

geboren am

in Ort/Land

Anschrift

Staatsangehörigkeit

Konfession

Krankenkasse

behandelnder Hausarzt

in Deutschland seit (Datum)

Angaben zu den Eltern

Vater	Name	Vorname	geboren am
	aufgewachsen in	Anschrift	
	derzeitige Tätigkeit	Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:
Mutter	Name	Vorname	geboren am
	aufgewachsen in	Anschrift	
	derzeitige Tätigkeit	Muttersprache	Telefonisch erreichbar unter:
Sonstige Bezugspersonen oder Erziehungsberechtigte	Name, Vorname	Anschrift	
	Verhältnis zu o.g. Kind	telefonisch erreichbar unter	

Die Eltern sind verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt lebend geschieden

Das Kind lebt bei den Eltern Mutter Vater _____

Sorgeberechtigt ist / sind _____

Aufenthaltsstatus (Ausländer, Asylbewerber, Kriegsflüchtling, Asylant, sonst. Zuzug): _____

Familiäre Situation

Geschwister / Halbgeschwister

Kind von:

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname	Geburtsjahr	Kindergarten/Schule/Beruf	beiden	Mutter	Vater

Sie leben mit dem Kind und _____ in ...

Unterkunft/Heim Sozialwohnung ___ Zi. Mietwohnung ___ Zi. Eigentumswohnung ___ Zi. Haus

Welche Sprache wird in der Familie gesprochen? _____

Welche Sprachen spricht Ihr Kind? _____

Welche Sprachen versteht Ihr Kind? _____

Betreuung und Förderung: Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht?

nein ja _____ Jahre _____ Std./täglich Fand ein Kindergartenwechsel statt? nein ja

zuletzt besuchte Einrichtung: _____

Ihr Kind wurde bisher speziell untersucht oder gefördert durch ...

sonstiges
Kinderpsychologe Pädaudiologe Logopädie Ergotherapie Verhaltenstherapie _____

Zeitpunkt u. Dauer: _____

Medizinische Angaben (Bitte Kopie U9, gelbes Heft abgeben!)

Ist Ihr Kind geimpft?
gar nicht die Empfohlenen zum Teil _____

Leidet Ihr Kind unter festgestellten Krankheiten oder Einschränkungen? nein ja

Sehschwäche Schwerhörigkeit AD(H)S körperl. Einschränkung Allergien Anfallsleiden sonstiges

Therapie/Medikamente: _____

Augenarzt untersucht? nein ja _____ Hörtest gemacht? nein ja _____

War bei Ihrem Kind schon einmal ein Krankenhausaufenthalt nötig? nein ja

im Jahr _____ Dauer: _____ Grund: _____

Entwicklung Ihres Kindes

Schwangerschaftsverlauf:

normal Diabetes Komplikationen _____

Geburt:

normal Kaiserschnitt Frühgeburt übertragen Komplikationen _____

Sprachentwicklung:

normal verspätet sehr früh Deutsch auffällig andere (Mutter)Sprache auffällig

Auffälligkeiten: _____

Sauberkeit:

Ist Ihr Kind tagsüber trocken? nein ja, mit ca. _____ Jahren
Ist Ihr Kind nachts trocken? nein meist ja, mit ca. _____ Jahren

Motorische Entwicklung und Selbstständigkeit:

Ist Ihr Kind gekrabbelt, bevor es laufen lernte? ja nein freies Laufen mit ca. _____ Mon.

Was kann Ihr Kind schon alleine?

sich anziehen sich ausziehen Schuhe binden mit Besteck essen aufräumen sich alleine beschäftigen

Gab es im Leben Ihres Kindes Ereignisse, die seine Entwicklung beeinflusst haben könnten?

Umzug Trennung d. Eltern Tod einer Bezugspers. Krankheit einer Bezugspers. sonstiges _____

Persönlichkeit und Verhalten Ihres Kindes:

Welche Stärken hat Ihr Kind? Was ist besonders toll an Ihrem Kind?

Was fällt Ihrem Kind schwer? Wo benötigt es noch Hilfe? Was muss es noch lernen/üben?

Ihr Kind spielt meist / am liebsten:

alleine mit einem Freund mit einer Freundin mit Geschwistern mit Nachbarskindern mit Eltern sonstige _____

Rollenspiele Brettspiele Computerspiele Kartenspiele Lernspiele Malen/Basteln Laufspiele Ballspiele sonstiges _____

Ihr Kind schläft: allein allein ein von _____ bis _____ die ganze Nacht durch

mit _____ wacht mehrfach auf _____

München, den _____

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten