

Anmeldung zur Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe- MSH (für Kinder im vorschulischen Bereich)

Die Mobile Sonderpädagogische Hilfe (MsH) ist ein Beratungsangebot für Eltern und Kindertageseinrichtungen. Sie unterstützt Eltern und ErzieherInnen bei Fragen und Problemen in Bezug auf die anstehende Einschulung oder bei der Planung geeigneter Fördermaßnahmen im vorschulischen Bereich.

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
	geb:
Besuch der Einrichtung seit:	
Muttersprache:	
Erziehungsberechtigte: (Name, Vorname)	Anschrift und Telefon:

Kindergarten:	
Gruppe:	Gruppenleitung: (Name, Vorname)
Telefon:	am besten erreichbar:

Was ist die zentrale Fragestellung an die MSH? Was ist ihr Auftrag an die MSH?

Auffälligkeiten in der Entwicklung:	
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> kognitive Entwicklung
<input type="checkbox"/> emotional-soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Motorik (Fein-, Grob-)
<input type="checkbox"/> Hören, auditive Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Sehen, visuelle Wahrnehmung
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration	<input type="checkbox"/> Zahlbegriff, Mengenvorstellung
<input type="checkbox"/> phonologische Bewusstheit	<input type="checkbox"/> Kontakt zu anderen Kindern
<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> Selbstwertgefühl, Persönlichkeit
<input type="checkbox"/> Interesse, Lernverhalten	<input type="checkbox"/> Spielverhalten, Arbeitsverhalten
Anmerkungen:	

Besondere Stärken/Ressourcen:

Bisherige Maßnahmen:
<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik <input type="checkbox"/> Fachärzte
Sonstige:



Datum	Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten
-------	---

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Anschrift:	

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass die Lehrkraft	(Name der Lehrkraft)
	(Schulname)

bezüglich meines/unseres Kindes mit folgenden Personen gegenseitig schriftliche und mündliche Informationen austauschen darf.

Name: Einrichtung/ Person, Telefonnummer, E-Mail	Einrichtung: (Klinik, HPT, Kita, SVE, Ergotherapeut, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, BSA, Fachdienste, Schule, SPZ, Nachmittagsbetreuung, ...)

Zum Zwecke:

Klärung von Fragestellungen in Bezug auf weitere Förderung des Kindes



Datum	Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten
-------	---

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
- Ich habe das alleinige Sorgerecht

Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung von der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich von den Personensorgeberechtigten widerrufen werden.

Einverständniserklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

Name des Kindes:	_____
geboren am:	_____

von der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) im Rahmen einer Diagnostik und Beratung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

Erziehungsberechtigte:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____



Datum	Unterschrift(en) des/ der Personensorgeberechtigten
-------	---

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil
 Ich habe das alleinige Sorgerecht