

Mobile Sonderpädagogische Hilfen

Sonderpädagogisches Förderzentrum München-Ost
Astrid-Lindgren-Str.5
81829 München
Tel. 089 / 233 474-20 / Fax: -36

Monika Dindorf
Claudia Geiger-Kraus
Manuela Kretschmer

**Antrag auf Betreuung durch die
mobilen sonderpädagogischen Hilfen (MSH)**

(Bitte von den Erzieher-innen ausfüllen!)

Für: _____
Vorname Name geb. am

Eltern: _____
Name Nationalität/Familiensprache

Anschrift und Telefon

Andere Erziehungsberechtigte:

Name, Anschrift, Telefon

Kindertagesstätte:

Name

Anschrift, Telefon

Bisherige Betreuungsstätten:

Kinderkrippe: _____ von _____ bis _____

Kindergarten: _____ von _____ bis _____

Sonstige: _____ von _____ bis _____

Sprengelschule des Kindes

Name der Schule

Grund der Vorstellung

Das Kind zeigt Auffälligkeiten im Bereich

Sprache

Verhalten

Motorik

Wahrnehmung

Allgemeine Informationen über das Kind - Name:

1. Erscheinungsbild (Körperliche Konstitution, Pflegezustand, Brillenträger, chronische Krankheiten...) 		
2. Verhalten (Soziale Beziehung zu anderen Kindern und Erziehern, Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Befindlichkeit) 	Eigene Angaben	Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an! Verhalten zu Erwachsenen <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> angepasst <input type="checkbox"/> ängstlich Verhalten zu Kindern <input type="checkbox"/> spielt mit anderen <input type="checkbox"/> spielt allein Lösen von Konflikten <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe v. Erwachsenen <input type="checkbox"/> durch Rückzug <input type="checkbox"/> durch Zuschlagen
3. Arbeitsverhalten (Konzentration, Ausdauer, Selbständigkeit, Anweisungsverständnis ...) 		Selbstständigkeit <input type="checkbox"/> verhält sich selbständig <input type="checkbox"/> braucht Erwachsene zum Erledigen von Aufträgen <input type="checkbox"/> braucht Kinder zum Erledigen von Aufträgen <input type="checkbox"/> kann mit anderen selbständig arbeiten Ausdauer / Konzentration <input type="checkbox"/> kann längere Zeit über einer Arbeit bleiben <input type="checkbox"/> beendet begonnene Arbeiten nicht
4. Motorik (Grob- / Feinmotorik, Seitigkeit, Körperkoordination, Gleichgewicht...) 		Grobmotorischer Bereich <input type="checkbox"/> kann auf einem Bein stehen <input type="checkbox"/> kann balancieren Feinmotorischer Bereich <input type="checkbox"/> kann Perlen auffädeln <input type="checkbox"/> kann mit der Schere geschickt umgehen <input type="checkbox"/> kann mit Stiften umgehen
5. Sprache (Artikulation, Wortschatz, Satzbau, verbaler Ausdruck, Sprachverständnis, Redefluss...) 		Kommunikation <input type="checkbox"/> äußert Verhaltenswünsche <input type="checkbox"/> hört gut zu und weiß Bescheid <input type="checkbox"/> ist sprachlich unauffällig <input type="checkbox"/> ist sprechfreudig <input type="checkbox"/> spricht sehr wenig <input type="checkbox"/> bildet Laute fehlerhaft / nicht <input type="checkbox"/> bildet fehlerhafte / keine Sätze

Weitere Informationen

1. Familiäres Umfeld (Familiensituation, Geschwisterkonstellation, Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Kindergarten...; Informations- und Beratungsgespräche mit den Eltern) 	
2. Freizeitverhalten (besondere Interessen, Neigungen; Kindergruppe, Mitglied in Vereinen; Fernsehkonsum) 	
3. Kontakte zu Institutionen (Frühförderstellen; ASD / Jugendamt; Erziehungsberatung, Fachdienste wie Ergo- / Psychotherapeut, Logopäde, Kinderpsychiater, Psychologe) 	

Ort, Datum: _____

 Unterschrift der Erzieherin

 Unterschrift der Leitung