**Eintrittsprofil des Kindes[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Auszufüllen von den Eltern / Erziehungsberechtigten** | | |
| Name und Vorname: | | |
| Mutter: | | |
| Vater: | | |
| Andere Person: | | |
| **Vollständiger Name des Kindes:** | | Geburtsdatum: |
| Klasse: | Sektion: | Entrittsdatum: |
| GESCHWISTER: NAMEN, Vornamen und Geburtsdaten: | | |
| **Linguistische Informationen:** | | |
| Zuhause gesprochene Sprachen: | | |
| Mutter: | | |
| Vater: | | |
| Sprache anderer in der Erziehung des Kindes involvierter Personen z.B. Personen, die das Kind beaufsichtigen/Großeltern: | | |
| Dominante Sprache des Kindes: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bisherige gemeinschaftliche Erziehungserfahrungen:** *Bitte vermerken Sie die Dauer:* | | |
| Kindergruppe: | Kindergarten: | Andere: |
| Bemerkungen: | | |
| Bitte beschreiben Sie die aktuellen außerschulischen Aktivitäten: | | |
| **Ich und die anderen (Me and the others)** | | |
| **Spiel** | | |
| *Bitte beschreiben Sie die Spiele/Spielzeuge/Aktivitäten, die Ihr Kind besonders mag* | | |
| In der Familie: | | |
| Mit anderen Kindern: | | |
| Alleine: | | |
| Bemerkungen: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ich und die Welt (Me and the world)** | | | | | | | |
| **Sprache** | | | | | | | |
| Wann hat Ihr Kind angefangen zu sprechen? | | | | | | | |
| Ist seine Sprache klar und verständlich für Sie? | | | | | Ja | Nein | |
| Für die anderen? | | | | | Ja | Nein | |
| Bemerkungen: | | | | | | | |
| **Ich und mein Körper (Me and my body)** | | | | | | | |
| **Hören** | | | | | | | |
| Wurde das Hörvermögen Ihres Kindes schon getestet? | | | | | Ja | Nein | |
| Von wem? | | | | | | | |
| Wann? | | | | | | | |
| Mit welchem Ergebnis/Bemerkungen: | | | | | | | |
| Leidet Ihr Kind oft unter Schnupfen, verstopfter Nase, usw.? | | | | | Ja | Nein | |
| **Sicht** | | | | | | | |
| Wurde die Sicht Ihres Kindes schon getestet? | | | | | Ja | Nein | |
| Von wem? | | | | | | | |
| Wann? | | | | | | | |
| Mit welchem Ergebnis/Bemerkungen: | | | | | | | |
| **Körperliche Entwicklung** | | | | | | | |
| Ist Ihr Kind gekrabbelt? | | | | | Ja | Nein | |
| Wann hat es angefangen zu laufen? | | | | |  | | |
| Kann es sich alleine anziehen? | | | | | Ja | Nein | |
| Ist Ihr Kind tagsüber sauber? | | | | | Ja | Nein | |
| Ist es nachts sauber? | | | | | Ja | Nein | |
| Kann es alleine essen? | | | | | Ja | Nein | |
| Bemerkungen: | | | | | | | |
| Bitte kreuzen Sie an, wenn Ihr Kind Erfahrung hat, folgende Dinge zu benutzen: | | | | | | | |
| Bleistifte/Buntstifte |  | Pinsel |  | Perlen aufziehen | | |  |
| Klebstoff |  | Knetgummi |  | Schere | | |  |
| Bemerkungen: | | | | | | | |
| Gibt es medizinische oder andere wichtige Informationen, über die Ihr/e Lehrer/in unterrichtet werden sollte? | | | | | | | |
| **Ich als Person (Me as a Person)** | | | | | | | |
| **Sollte von Eltern und Kind gemeinsam ausgefüllt werden** | | | | | | | |
| Was habe ich gerne und was interessiert mich besonders? | | | | | | | |
| Was mag ich nicht und wovor fürchte ich mich? | | | | | | | |
| Das kann ich gut (Aktivitäten/Bereiche): | | | | | | | |
| Das möchte ich in der Schule lernen: | | | | | | | |
| Wer sind meine Freunde: | | | | | | | |
| Bemerkungen: | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Unterschrift: | Datum: |

1. Manche Zeilen können beim Drucken vergrößert werden, um den Eltern genug Platz zu lassen, sich auszudrücken. [↑](#footnote-ref-1)