**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)