

Angaben zu Förderbedarf / Information about special needs

Name des Kindes / **name of the child**: _____

Gruppe / **group**: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß. Sie helfen uns damit, den Förderbedarf für Ihr Kind richtig einzuschätzen und entsprechend festzulegen. Bitte fügen Sie Gutachten* bei, wenn diese vorhanden sind.

Please answer the following questions carefully and truthfully. This will help us to correctly identify the needs of your child and act accordingly. Please attach a report*, if available.

Medizinische Beschwerden (wie Asthma, Rheumatismus, Allergien etc.)
Medical Conditions or Health Related Disability (like asthma, rheumatism, allergies etc.)

Wenn ja, welche / **If yes, please specify**: _____

Sinneseinschränkungen
Sensory limitations
 Hören / **Hearing**
 Sehen / **Seeing**

Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
Development disorder in speech and language

Autismus-Spektrum-Störungen
Autism Spectrum Disorders

Störungen des Sozialverhaltens
Social behaviorial disorder

Aufmerksamkeitsstörung (z.B. ADHS, ADS)
Attention Deficit Disorder (ADHD, ADD)

Beeinträchtigungen
Disabilities
 Körperlich / **physical**
 Geistig / **mental**

Datum & Unterschrift Erziehungsberechtigte / **Date & Signature of the guardians**

* Klinisches Gutachten durch ein anerkanntes Psychologisch-Psychiatrisches Zentrum, Klinischen Psychologen oder Facharzt. Die Diagnose muss durch einen im deutschsprachigen Raum anerkannten klinischen Therapeuten oder Mediziner durchgeführt worden sein. Aktuelles Gutachten, nicht älter als 1 Jahr. / **Medical, psychiatric, clinical-psychological or pedagogical-psychological (or school psychology) opinion by a recognized psychological-psychiatric center, a clinical psychologist or specialist. The diagnosis must be carried out by a clinical therapist or physician, who is accredited in German-speaking countries. Current report, not older than 1 year.**