

*Mobile Sonderpädagogische Hilfe*  
**Antrag auf Überprüfung / Förderung**

Wir beantragen den Einsatz einer MSH-Kraft geistige Entwicklung für Diagnostik, Beratung und Förderung folgenden Kindes (Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten liegt vor)

Adresse Kindertageseinrichtung:	
Gruppe:	Gruppenleitung:
Telefon:	am besten erreichbar:

**Angaben zum Kind:**

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Erziehungsberechtigte/r:	
Nationalität	
Anschrift:	
Telefon:	

**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 |
| <input type="checkbox"/> Ausdauer, Anstrengungsbereitschaft |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                   |   |

**Bisherige Maßnahmen:**

innerhalb der Einrichtung	
außerhalb der Einrichtung	

Fragestellung/ Anliegen der Kindertageseinrichtung; kurze Beschreibung der Problemlage:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)