

Fragebogen

Zur Aufnahme in den „Regenbogen“-Kindergarten der Deutschen Schule Santa Cruz

ANGABEN ZUM KIND

Vor- und Nachname des Kindes _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Nationalität _____ Bei wem lebt das Kind _____

War das Kind vorher in einer Kinderkrippe? Ja Nein

In welcher? Von wann bis wann? _____

War das Kind vorher in einem anderen Kindergarten? Ja Nein

In welchem? Von wann bis wann? _____

Hat das Kind Geschwister? Ja Nein

In welchem Alter? _____

Schüler der Deutschen Schule? Ja Nein

In welcher Klasse? _____

Erstsprache _____ Zweitsprache _____ Drittsprache _____

Körpergröße _____ Gewicht _____

ANGABEN ZU DEN ELTERN / VATER

Vor- und Nachname des Vaters _____

Erziehungsberechtigter des Kindes Ja Nein

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon privat _____

Telefon mobil _____ Telefon beruflich _____

Email _____

Nationalität _____ Beruf _____

Ehemaliger Schüler der Deutschen Schule Ja Nein

Von wann bis wann? _____

In Deutschland lebend Ja Nein

Von wann bis wann? _____

Kontakte zu Deutschland und der deutschen Sprache? Ja Nein

Welche? _____

ANGABEN ZU DEN ELTERN / MUTTER

Vor- und Nachname der Mutter _____

Erziehungsberechtigte des Kindes Ja Nein

Falls nicht, wer hat die Erziehungsberechtigung? _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Telefon privat _____

Telefon mobil _____ Telefon beruflich _____

Nationalität _____ Beruf _____

Email _____

Ehemalige Schülerin der Deutschen Schule Ja Nein

Von wann bis wann? _____

In Deutschland lebend Ja Nein

Von wann bis wann? _____

Kontakte zu Deutschland und der deutschen Sprache? Ja Nein

Welche? _____

SELBSTSTÄNDIGKEIT UND GESUNDHEITZUSTAND DES KINDES

Leidet das Kind an chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, an welchen? _____

Hat das Kind Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Geht das Kind alleine zur Toilette? Ja Nein

Wenn ja, seit wann? _____

Wenn nein, hat die Abgewöhnungsphase begonnen? Seit wann? _____

Isst das Kind alleine? Ja Nein

Schläft das Kind alleine? Ja Nein

Benutzt das Kind Schnuller?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Braucht das Kind noch die Flasche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kann sich das Kind sprachlich verständigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erstsprache _____	Zweitsprache _____	Drittsprache _____
Schaut das Kind Fernsehsendungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wie oft? _____ Wie lange? _____		
Spielt das Kind Computer- oder Handyspiele?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Wie oft? _____ Wie lange? _____		

ENTWICKLUNGSSTAND DES KINDES

LAUFEN UND MOTORIK: KANN DAS KIND ...

... mit Hilfe die Zähne putzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... sich selbst die Nase putzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... etwa eine Sekunde das Gleichgewicht auf einem Bein halten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... von einer Stufe springen und sicher landen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... sich alleine die Hände waschen und abtrocknen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... alleine mit dem Löffel essen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... Buchseiten einzeln umblättern?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... Rennen und Hindernissen ausweichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... sich alleine ausziehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... einen Stift korrekt halten und nutzen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... waagerechte Linien malen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... mit der Schere schneiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

SPRECHEN UND VERSTEHEN: KANN DAS KIND ...

... meistens deutlich und verständlich sprechen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... vier bis fünf-Wort-Sätze bilden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
... von sich selbst sprechen z.B. was es mag?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

- ... dreiteiligen Anweisung folgen z.B. „Hol die Schere, schneide einen Kreis aus und kleb es auf das Blatt“? Ja Nein
- ... mehrere Farben benennen und erkennen? Ja Nein
- ... sechs Körperteile benennen? Ja Nein
- ... einfache Melodien singen? Ja Nein
- ... Geschlechtsunterschiede wahrnehmen? Ja Nein
- ... einen Freund beim Namen benennen? Ja Nein
- ... Präpositionen, wie „in“, „auf“, „unter“ benutzen? Ja Nein
- ... die Wörter „Ich“ und „Du“ / „Ja“ und „Nein“ verwenden? Ja Nein
- ... bildliche Handlungsabläufe (Bilderbücher) erfassen? Ja Nein

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? _____

Auf welche Sprachen reagiert das Kind? _____

Hat das Kind Aussprachschwierigkeiten? Ja Nein

Welche? _____

Spricht das Kind grammatikalisch weiterstgehend korrekt? Ja Nein

Wenn mehrere Sprachen zu Hause gesprochen werden:
In welcher Form erfolgt die Sprachaufteilung? _____

Mit wem verbringt das Kind die meiste Zeit? _____

SPIELEN: KANN DAS KIND ...

- ... einfache Puzzles lösen? Ja Nein
- ... Perlen auf eine Schnur fädeln? Ja Nein
- ... nach Größe, Form und Farben sortieren? Ja Nein
- ... mühelos auf Kinderspielgeräte klettern? Ja Nein
- ... Dreirad fahren? Ja Nein
- ... mit Gleichaltrigen spielen? Ja Nein
- ... sich an Spielregeln halten z.B. „Einmal ich, einmal du!“ Ja Nein
- ... bekannte Tätigkeiten nachahmen? Ja Nein
- ... einfache Rollenspiele spielen? Ja Nein

Wie beschäftigt sich ihr Kind zu Hause? _____

Womit spielt es am liebsten? _____

Mit wem spielt es hauptsächlich? _____

Hat das Kind Kontakte zu anderen Kindern? _____

EMOTIONALE ENTWICKLUNG: KANN DAS KIND ...

... Hilfe annehmen, wenn es etwas selbst nicht schafft? Ja Nein

... andere Leute zum Lachen bringen? Ja Nein

... bei Hausarbeiten z.B. beim Staubsaugen oder kochen, helfen? Ja Nein

... trösten, wenn jemand traurig ist? Ja Nein

... verschiedene Gefühle sprachlich ausdrücken? Ja Nein

Betreuungsform

Ganztagsbetreuung Ja Nein

Halbtagsbetreuung (07:45 – 14:00 Uhr) Ja Nein

Mahlzeit im Kindergarten Ja Nein

Transport (Schulbus) Ja Nein

Aus welchem Grund wünschen Sie, dass Ihr Kind die Deutsche Kinderkrippe besucht?

Datum _____

Unterschrift _____