

**ANTRAG ZUR EINSCHULUNG IHRES KINDES in das
Private Gymnasium Esslingen
Rotenackerstraße 71 · 73732 Esslingen**

Ausfülldatum:	Eingangsdatum:
---------------	----------------

Jetzige Schule:	<i>Bild vom Kind</i>
Schulart:	
Aktuelle Klasse:	
Für welche Klasse und welches Schuljahr erfolgt die Anmeldung:	Klasse ___ im Schuljahr 20__ / ___

Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Erwachsenen:

Name, Vorname			
Geburtstag		Geburtsort	
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Wohnort			
Landkreis			
Telefon	privat	mobil	
E-Mail			
Lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Oma/Opa <input type="checkbox"/> Heim

I. Angaben zur Familie

Vater	<input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflege-V. <input type="checkbox"/> Adoptiv-V. <input type="checkbox"/> Stief-V.		
Name, Vorname			
Geburtstag		Konfession	
Beruf			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon	priv.	berufl.	mobil
E-Mail			

Mutter	<input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflege-M. <input type="checkbox"/> Adoptiv-M. <input type="checkbox"/> Stief-M.		
Name, Vorname			
Geburtstag		Konfession	
Beruf			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon	priv.	berufl.	mobil
E-Mail			

Sonstige Sorgeberechtigte			
Name, Vorname			
Geburtstag		Konfession	
Beruf			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon	priv.	berufl.	mobil
E-Mail			

Familienstand der Eltern

<input type="checkbox"/> zusammen lebend seit:	<input type="checkbox"/> verwitwet seit:
<input type="checkbox"/> verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit:
<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	<input type="checkbox"/> erneut getrennt lebend seit:
<input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> erneut geschieden seit:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> alleiniges <input type="checkbox"/> nur Aufenthaltsbestimmungsrecht	
Umgangsrecht (ist wie geregelt?):	

Geschwister

Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Verstorbene Kinder (Name / Alter / wann)	

Wohnsituation

<input type="checkbox"/>	Wir wohnen seit der Geburt des Kindes in der gleichen Wohnung		
<input type="checkbox"/>	Wir sind umgezogen und haben vorher		
	von	bis	in gewohnt.
	von	bis	in gewohnt.
	von	bis	in gewohnt.

Trennung von den Eltern

<input type="checkbox"/>	Nein		
<input type="checkbox"/>	Ja, z.B. wegen Krankenhaus-, Heim-, oder Internatsaufenthalt		
	von	bis	weshalb:
	von	bis	weshalb:
	von	bis	weshalb:

Schulische Situation

<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Gymnasium			
Name			
Anschrift			
Telefon-Nummer			Klasse
Klassenwiederholung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche Klasse(n)	

II Behandlungen

Bisherige Behandlungen z.B. Diagnostik, Therapie, Beratung

Was (z.B. Entwicklungsdiagnostik)? Wer? Wann? Zeitraum?

<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle:
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst:
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum:
<input type="checkbox"/> Kinderneurologie:
<input type="checkbox"/> Kinder- / Jugendpsychiatrie:
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie:
<input type="checkbox"/> Analytische Spieltherapie:
<input type="checkbox"/> Familientherapie:
Fühlten Sie sich als Eltern ausreichend beraten / unterstützt?

<input type="checkbox"/> Elterntraining:			
<input type="checkbox"/> Frühförderung:			
<input type="checkbox"/> Legasthenie- / Dyskalkulie-Training:			
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik:			
<input type="checkbox"/> Reittherapie:			
<input type="checkbox"/> Logopädie:			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie / Psychomotorik:			
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik:			
<input type="checkbox"/> Homöopathie:			
<input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung:			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> Familienaufstellung	<input type="checkbox"/> Kinesiologie	<input type="checkbox"/> Tomaristherapie	
<input type="checkbox"/> Festhaltetherapie	<input type="checkbox"/> Phytotherapie	<input type="checkbox"/> Musiktherapie	<input type="checkbox"/> Kunsttherapie

Wurden bisher Medikamente verordnet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Präparate:	Seit wann? Einnahmezeiten?
Ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente?	

III Schullaufbahn

Einschulung		
Einschulungsalter: Jahre	Freute sich das Kind auf die Schule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Grundschule		
Name:	von bis	Auffälligkeiten:
Ort:		
		<input type="checkbox"/> keine

Weiterführende Schule		
Name:	von bis	Auffälligkeiten:
Ort:		
		<input type="checkbox"/> keine

Außerordentliche Schulwechsel		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Gründe:
		<input type="checkbox"/> leistungsbedingt
		<input type="checkbox"/> verhaltensbedingt
		<input type="checkbox"/> sonstiges:

Schulschwierigkeiten heute			
im Fach	Deutsch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in folgenden Bereichen:
	Mathematik	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in folgenden Bereichen:
In anderen Fächern (welche)			
Mündliche Beteiligung im Unterricht:			

Hausaufgabensituation	
Kontrollieren Sie die Hausaufgaben: <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	Wie lange braucht Ihr Kind in der Regel für die Hausaufgaben? <div style="text-align: center;">Stunden</div>
Kontakt mit der Schule: <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	Verhalten bei den Hausaufgaben: <hr/> <hr/>
Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> macht HA nur unregelmäßig
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> mangelnde Sorgfalt, Leichtsinnsfehler
<input type="checkbox"/> Aufgabenverständnis	<input type="checkbox"/> Trödeln, langsames Arbeitstempo
<input type="checkbox"/> benötigt häufig Unterstützung	<input type="checkbox"/> Abwehr, Verweigerung
<input type="checkbox"/> Ausdauer, Ablenkbarkeit (steht auf, ...)	<input type="checkbox"/> sonstiges

Schulschwierigkeiten im Grundschulalter	
<input type="checkbox"/> benötigt Nachhilfe in	<input type="checkbox"/> Sprechen / Sprache (redet zuviel, nicht zusammenhängend, kann sich nicht spontan ausdrücken, verwechselt Buchstaben, Wortfindungsstörungen, ...)
<input type="checkbox"/> Grundrechenarten (addieren, subtrahieren, multiplizieren, dividieren)	<input type="checkbox"/> Textaufgaben (überfliegt und rät dann mehr, als dass er/sie rechnet)
<input type="checkbox"/> Lesen (zu langsam, zu schnell, oberflächlich, verschluckt Silben, ohne zu verstehen)	<input type="checkbox"/> Hört nicht richtig zu, missversteht Anweisungen
	<input type="checkbox"/> Streitet häufig mit Erwachsenen
<input type="checkbox"/> Schreiben (Rechtschreibfehler, lässt Buchstaben und Wörter aus)	<input type="checkbox"/> Stillsitzen (im Unterricht, bei den Hausaufgaben)
<input type="checkbox"/> Graphomotorik (beim Malen, Schreiben, z.B. Kritzeln, unregelmäßige Schrift)	<input type="checkbox"/> Verliert viel (z.B. Füller, Stifte, Radierer, Turnbeutel)
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration	<input type="checkbox"/> Verkrampfte Stifthaltung
<input type="checkbox"/> Leistungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Strafen (wirken nicht)
<input type="checkbox"/> Ist durch geistiges Arbeiten schnell zu ermüden (Gähnen, Augenreiben)	<input type="checkbox"/> Motzt viel, diskutiert Anweisungen
	<input type="checkbox"/> Impulsivität, Wutanfälle, Aufbrausen
<input type="checkbox"/> Tagträumerei	<input type="checkbox"/> Kann soziale Regeln schlecht einhalten
<input type="checkbox"/> Steigert sich schnell in etwas hinein	<input type="checkbox"/> Kaspern, Clownerei, „aufmerksamkeitsheischendes Verhalten“
<input type="checkbox"/> Nach der Schule sehr erschöpft	<input type="checkbox"/> Kindlicher als Gleichaltrige
<input type="checkbox"/> Kaum Ausdauer (bringt wenig zu Ende)	<input type="checkbox"/> Will immer Chef sein
<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Kann nicht verlieren im Spiel
<input type="checkbox"/> Versagensängste	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit
<input type="checkbox"/> Kritikempfindlichkeit, rechtfertigt sich oft, bevor Kritik geäußert wurde	<input type="checkbox"/> Reagiert heftig auf Hektik oder Veränderungen
<input type="checkbox"/> Beginnt of Schlägereien, verärgert andere absichtlich	<input type="checkbox"/> Kann nicht abwarten, bis er/sie an der Reihe ist
<input type="checkbox"/> Hat kaum Freunde in der Klasse	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

IV Gesundheitszustand

Aktuelles Körpergewicht:	kg		
Aktuelle Körpergröße:	cm		
<input type="checkbox"/> guter / <input type="checkbox"/> eher schlechter allgemeiner Gesundheitszustand			
<input type="checkbox"/> geringe / <input type="checkbox"/> eher hohe Infektanfälligkeit			
<input type="checkbox"/> gute / <input type="checkbox"/> eher schlechte Kraft			
<input type="checkbox"/> gute / <input type="checkbox"/> eher schlechte Ausdauer			
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	seit:	wie oft:	Situation:

<input type="checkbox"/> Migräne	seit:	wie oft:	Situation:

<input type="checkbox"/> Impfungen welche/wann	(Kopie Impfpass beilegen)		

<input type="checkbox"/> Allergien (Nahrungsmittel- allergie/intoleranz etc):			

<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	seit:	wie oft:	Situation:

<input type="checkbox"/> Verdauungs- probleme	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfälle	<input type="checkbox"/> Gier nach Süßigkeiten
<input type="checkbox"/> Wetter / Mondfähigkeit			
<input type="checkbox"/> Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Schielen (Winkelfehlsichtig.)
<input type="checkbox"/> Brille Stärke rechts: _____ Dioptrin Stärke links: _____ Dioptrin <input type="checkbox"/> Astigmatismus (Hornhautkrümmung)			
<input type="checkbox"/> Räumliches Sehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Augenarzt	Letzte augenärztliche Kontrolle bei Dr.		
	am	Befund:	

In welchen Lebensbereichen zeigen sich die vorstehend genannten Probleme?

<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> zuhause	<input type="checkbox"/> im Kontakt mit anderen	<input type="checkbox"/> Sport	<input type="checkbox"/> Freizeit
<input type="checkbox"/> sonstige				

Andere Verhaltensauffälligkeiten

<input type="checkbox"/> Ängste, wovor?	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten (Ritzen, ...)
<input type="checkbox"/> Panikattacken	<input type="checkbox"/> Einkoten
<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Einnässen nachts
<input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken/-äußerungen	<input type="checkbox"/> Einnässen tags
<input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug, Einzelgänger	<input type="checkbox"/> Sprechstörung (z.B. Lispeln, Stottern)
<input type="checkbox"/> Zwangsgedanken, -handlung	<input type="checkbox"/> Fäkalsprache
<input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> isst zuviel <input type="checkbox"/> isst zuwenig	<input type="checkbox"/> Schwindeln, um unangenehmen Dingen aus dem Weg zu gehen
<input type="checkbox"/> Überangepasstes Verhalten	<input type="checkbox"/> Schule schwänzen
<input type="checkbox"/> Ungewöhnlich kleinkindhaftes Verhalten (auch phasenweise)	<input type="checkbox"/> Zu spät zur Schule kommen
	<input type="checkbox"/> Angst, in die Schule zu gehen
Auffälliges Sexualverhalten:	Suchtverhalten:
<input type="checkbox"/> Sexistische Sprache	<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Computer
<input type="checkbox"/> Autoerotische Ersatzhandlungen	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Spielkonsole
<input type="checkbox"/> Übermäßiges Interesse	<input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Automatenspiele
<input type="checkbox"/> Imitieren sexueller Handlungen	<input type="checkbox"/> Einkaufen
<input type="checkbox"/> Andere zu sex. Handlungen zwingen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Drogenkonsum

Konflikte mit dem Gesetz wegen

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weglaufen (über Nacht), Streunen
<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Beschädigung fremden Eigentums
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> Waffengebrauch (z.B. Messer, ...)
	<input type="checkbox"/> Zündeln <input type="checkbox"/> Brandstiftung
	<input type="checkbox"/> Körperverletzung <input type="checkbox"/> Diebstahl
	<input type="checkbox"/> Tierquälerei <input type="checkbox"/> Drogenhandel
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Pubertät

<input type="checkbox"/> spät einsetzende Pubertät (J)	<input type="checkbox"/> früh einsetzende Pubertät (J)
<input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Ruhelosigkeit	<input type="checkbox"/> schlechtes Selbstmanagement (Zeit, Geld, Ordnung halten ...)
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
<input type="checkbox"/> Starke Leistungsschwankungen	<input type="checkbox"/> aggressive Übergriffe
<input type="checkbox"/> (drohender) Schulausschluss	<input type="checkbox"/> Unzuverlässigkeit bei Absprachen
<input type="checkbox"/> Schulunlust, Schulverweigerung	<input type="checkbox"/> Zuwendung zu extremen Jugendlichen
<input type="checkbox"/> Leistungseinbruch (wann)	<input type="checkbox"/> deutlich zu spät nach Hause kommen
<input type="checkbox"/> sehr schnell wechselnde Stimmungsschwankungen – nicht nur durch Pubertät erklärbar	<input type="checkbox"/> sehr leichte Beeinflussbarkeit
<input type="checkbox"/> „Gefühlsabstürze“, extreme Gefühlslagen	<input type="checkbox"/> „Sensation-seeking“ (braucht Kick)
<input type="checkbox"/> Übermäßige Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> sozialer Rückzug
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/>	

Wie erlebt die Familie das Kind / den Jugendlichen im Alltag?

<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> labil
<input type="checkbox"/> kompromissbereit	<input type="checkbox"/> stur, starrköpfig
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> schwer lenkbar, eigensinnig
<input type="checkbox"/> reflexiv, überlegt	<input type="checkbox"/> impulsiv, spontan
<input type="checkbox"/> „schmusig“ (aber nur freiwillig)	<input type="checkbox"/> ablehnend gegenüber Körperkontakt
<input type="checkbox"/> empfindsam, einfühlsam	<input type="checkbox"/> kritikempfindlich
<input type="checkbox"/> „hart im Nehmen“	<input type="checkbox"/> „nah am Wasser gebaut“, weint leicht
<input type="checkbox"/> gutmütig	<input type="checkbox"/> leicht reizbar, jähzornig
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> selbstsicher
<input type="checkbox"/> ängstlich, übervorsichtig	<input type="checkbox"/> risikofreudig, draufgängerisch
<input type="checkbox"/> verträumt, nicht von dieser Welt	<input type="checkbox"/> hat „alle Antennen auf Empfang“
<input type="checkbox"/> selbstständig, organisiert, ordentlich	<input type="checkbox"/> unselbstständig, chaotisch, unordentlich
<input type="checkbox"/> hilfsbereit	<input type="checkbox"/> an eigenen Bedürfnissen orientiert
<input type="checkbox"/> ehrgeizig, leistungsorientiert	<input type="checkbox"/> wenig initiativ, leistungsarm

Wie erlebt die Familie das Kind / den Jugendlichen im Alltag? (Fortsetzung von Seite 12)

<input type="checkbox"/> nimmt eine Herausforderung gerne an	<input type="checkbox"/> fühlt sich schnell überwältigt
<input type="checkbox"/> offen, ehrlich	<input type="checkbox"/> wenig transparent, verschlossen
<input type="checkbox"/> neugierig, kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> zurückhaltend, introvertiert
<input type="checkbox"/> rasch Aufgaben erledigend	<input type="checkbox"/> trödelnd bei:
<input type="checkbox"/> kommt mit wesentlich Jüngeren oder Älteren viel besser aus	<input type="checkbox"/> kann direkt nach einem Ereignis kaum etwas berichten
<input type="checkbox"/> kann die eigene Leistung(-sfähigkeit) nicht angemessen einschätzen	<input type="checkbox"/> an Fehlern/Fehlverhalten sind immer die anderen schuld
<input type="checkbox"/> wird bei Beschwichtigungsversuchen erst richtig wütend	<input type="checkbox"/> hat bei schweren Kränkungen ein „Elefantengedächtnis“
<input type="checkbox"/> Einfälle müssen sofort umgesetzt werden, kann nicht abwarten	<input type="checkbox"/> redet übermäßig viel und evtl. schnell
	<input type="checkbox"/> starkes Autonomiebedürfnis
<input type="checkbox"/> Sammelleidenschaft (kann alles brauchen):	<input type="checkbox"/> in der 1:1 - Situation (alleine mit dem Kind) häufig wenig Probleme, schwierig wird es, wenn mehrere Personen anwesend sind
<input type="checkbox"/> kann nicht verlieren	<input type="checkbox"/> kann mein und dein nicht auseinander halten
<input type="checkbox"/> kann schlecht verlieren	

Auswirkungen der Symptomatik auf die Familie

Entstehen durch die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen Probleme in der Familie?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Geschwisterkonflikt	
<input type="checkbox"/> Konflikte mit anderen Familienmitgliedern / Verwandtschaft	
<input type="checkbox"/> Partnerkonflikte	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

Leidet das Kind/der Jugendliche unter seiner Verhaltensauffälligkeit?
<input type="checkbox"/> gar nicht
<input type="checkbox"/> kaum
<input type="checkbox"/> deutlich
<input type="checkbox"/> massiv – wie äußert sich das hauptsächlich?

VI Erziehung

Von wem wird/wurde das Kind/der Jugendliche vorwiegend erzogen?

<input type="checkbox"/> von beiden Elternteilen
<input type="checkbox"/> von der Mutter
<input type="checkbox"/> vom Vater
<input type="checkbox"/> von den Großeltern
<input type="checkbox"/> sonstige:

Welchen Erziehungsstil praktizieren die Hauptbezugspersonen?
(Versuch einer Einschätzung)

<input type="checkbox"/> streng
<input type="checkbox"/> konsequent
<input type="checkbox"/> impulsiv
<input type="checkbox"/> antiautoritär
<input type="checkbox"/> kumpelhaft
<input type="checkbox"/> an den Bedürfnissen des Kindes orientiert
<input type="checkbox"/> sonstige:
Vater und Mutter unterscheiden sich im Erziehungsstil hinsichtlich folgender Erziehungsmaßnahmen und -haltungen:
Bei weiteren Bezugspersonen bitte ähnliche Angaben:

Praktizierte Erziehungsmaßnahmen / Konsequenzen

<input type="checkbox"/> wenig, da erzieherisch gut erreichbar	<input type="checkbox"/> „Standpauke“
<input type="checkbox"/> klärendes Gespräch	<input type="checkbox"/> „Strafarbeiten“
<input type="checkbox"/> Nichtbeachtung	<input type="checkbox"/> Taschengeld- / TV- / PC-Entzug
<input type="checkbox"/> Hausarrest	<input type="checkbox"/> Drohungen
<input type="checkbox"/> Ohrfeige, Klaps auf den Po	<input type="checkbox"/> Einsperren
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Erhält Ihr Kind Taschengeld?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	€ / Monat
Kommt Ihr Kind mit diesem Betrag zurecht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Was macht es in der Regel damit?		
Zu welchen häuslichen Pflichten wird Ihr Kind herangezogen?		
Erledigt es diese Pflichten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wie ist die Beziehung zwischen ...

Mutter und Kind/Jugendlichem?	Vater und Kind/Jugendlichem?
<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich	<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> ausgeglichen
<input type="checkbox"/> gespannt	<input type="checkbox"/> gespannt
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/>	

Großeltern und Kind/Jugendlichem?	Weiteren wichtigen Bezugspersonen und Kind/Jugendlichem?
<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich	<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> ausgeglichen
<input type="checkbox"/> gespannt	<input type="checkbox"/> gespannt
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/>	

den Geschwistern und Kind/Jugendlichem?	
<input type="checkbox"/> wenig problematisch	<input type="checkbox"/> problematisch
Welche besonderen Spannungen oder Probleme treten zwischen den Geschwistern auf? (z.B. ausgeprägte Geschwisterrivalität)	

VII Fähigkeiten und Interessen

Kompetenzen

Sprachen:
Musikalische Früherziehung:
Musikinstrumente:
Künstlerische Neigungen und Fähigkeiten
Technische und handwerkliche Fertigkeiten:
EDV-Kenntnisse / Programmiersprachen:
Sportliche Interessen:

Zugehörigkeit zu Jugendgruppen (kirchliche, freie, soziale; Bergwacht, Feuerwehr, Rotes Kreuz...):

Freizeitgestaltung / Hobbies

<input type="checkbox"/> Spezielle Interessen	<input type="checkbox"/> Handwerkliche Begabung
<input type="checkbox"/> Theatergruppe	<input type="checkbox"/> Chor
<input type="checkbox"/> Computer / TV, wie lange?	<input type="checkbox"/> Interesse für Tiere/Natur
<input type="checkbox"/> Lesen, was?	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Kann Ihr Kind seine Freizeit sinnvoll gestalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Es verbringt die Freizeit	
<input type="checkbox"/> lieber alleine	
<input type="checkbox"/> lieber mit Gleichaltrigen	
<input type="checkbox"/> lieber mit Erwachsenen	
<input type="checkbox"/> am liebsten mit der Familie in / mit	
Es hat	
<input type="checkbox"/> viele Freunde	
<input type="checkbox"/> wenige Freunde	
<input type="checkbox"/> keine Freunde	
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, und zwar:	

ANTRAG ZUR EINSCHULUNG in das Private Gymnasium Esslingen

Rückantwort

An das
Private Gymnasium Esslingen
Psychologisch-Pädagogisches Team
Rotenackerstraße 71

73732 Esslingen

In der Anlage erhalten Sie

- Antrag zur Einschulung
 - multiaxiale ADHS-Diagnostik nach ICD-10 mit aktuellem und ausführlichem Befundbericht einschließlich Begabungsprofil (IQ-Test)
 - Kopie der letzten Zeugnisse
 - Kopie Impfausweis
 - Sonstiges: _____
- _____

Mit freundlichen Grüßen

