



**Körperliche und motorische Entwicklung (Stärken, Können, Schwierigkeiten):**

**Körperlichkeit** (Konstitution, Not-/Akutsituationen, Belastungen, Selbstständigkeit, sozial-emotionale Aspekte ...)

---

---

---

**Grobmotorik** (Sitzen, Stehen, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Ballspiel, Tempo, Genauigkeit, Stabilität, Kraft, Ausdauer, Motivation, ...)

---

---

---

**Feinmotorik** (Händigkeit, Schreiben, Schneiden, Kleben, Zeichnen, Tempo, Genauigkeit, Kraft, Ausdauer, Motivation, ...)

---

---

---

**Kontakte Elternhaus/Kindertageseinrichtung:**

---

---

**Bisherige Maßnahmen:** (z.B. Heilpädagoge, Psychologe, Therapeuten)

---

---

**Fragestellung(en) an die Mobile Sonderpädagogische Hilfe** (medizinische Diagnose(n), individuelle pädagogische Maßnahmen, Nachteilsausgleich, Notenschutz, Individualhelfer/ Schulbegleitung; elektronische Hilfsmittel, Schulmobiliar, Materialberatung, Feuersalarm, Förderstunden ...):

---

---

---

---

Ort, Datum

Gruppenleitung, Leitung Kindertageseinrichtung

### Entbindung von der Schweigepflicht - MSH-Beratung

Name, Vorname des Kindes:	
geboren am:	
Name der Erziehungsberechtigten:	
Anschrift:	_____
	Straße
	Postleitzahl _____ / Ort _____
	Telefonnummer _____ / E-Mail Adresse _____

	Bitte ankreuzen
Wir sind darüber informiert worden, dass unser Kind der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe - Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung (MSH-FkmE) vorgestellt wird.	<input type="radio"/>
Wir sind mit der eventuellen Diagnostik eines ausgeschriebenen Sonderpädagogischen Förderbedarfs körperliche und motorische Entwicklung einverstanden. Die ermittelten Daten werden streng vertraulich behandelt.	<input type="radio"/>
Zu diesem Zweck dürfen auch Bildaufnahmen gemacht werden.	<input type="radio"/>
Wir sind damit einverstanden, dass die weitere Förderung mit den Lehr- bzw. Erziehungskräften unseres Kindes abgesprochen wird.	<input type="radio"/>

Wir sind damit einverstanden, dass sich der MSH-FkmE mit den folgend genannten Fachdiensten in Verbindung setzt und sich in Bezug auf diejenigen Angelegenheiten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit unserem Kind stehen, bespricht und entbinden folgende Einrichtungen und Personen von der Schweigepflicht (Therapeuten, Ärzte, Erzieher,...).	<input type="radio"/>
--	-----------------------

Name:	Einrichtung mit <b>Kontakt</b> daten:
Person(en) der Einrichtung	(Klinik, HPT, Kita, Therapeuten, Hausarzt, Amt für Jugend und Familie, Fachdienste...)

Datum	Unterschrift(en) der Personensorgeberechtigten
-------	--

- Ich handle im Einvernehmen mit dem anderen Elternteil.
- Ich habe das alleinige Sorgerecht.

**Die ausgetauschten Informationen unterliegen der Schweigepflicht. Diese Erklärung über die Befreiung der Schweigepflicht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden, ansonsten gilt sie bis zum Ende der Schullaufbahn.**