

Elternfragebogen – U7a

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Alter: _____

	JA	NEIN
Hört Ihr Kind gut?		
Schnarcht Ihr Kind regelmäßig?		
Geht Ihr Kind in den Kindergarten?		
Sind Sie mit der Sprachentwicklung ihres Kindes zufrieden?		
Wird Ihr Kind von der Umgebung gut verstanden?		
Stottert Ihr Kind?		
Spricht Ihr Kind mind. Dreiwortsätze?		
Spricht Ihr Kind von sich in der Ich-Form?		
Kennt und sagt Ihr Kind seinen Rufnamen?		
Kann Ihr Kind zuhören und konzentriert spielen?		
Spielt Ihr Kind Als-Ob-Spiele?		
Kann Ihr Kind große Knöpfe selbst öffnen?		
Kann sich Ihr Kind über einige Stunden von Ihnen trennen, wenn es von einer vertrauten Person betreut wird?		
Will Ihr Kind bei häuslichen Tätigkeiten mithelfen?		
Spielt Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern, auch Rollenspiele?		