



# Elternfragebogen

ROTHENBURGSCHULE

Zentrum für Begabungsförderung

**Bitte gut leserlich ausfüllen!**

---

Familienname, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geschwisterkinder (Name, Geburtsjahr):

---

---

Muttersprache des Kindes:

---

Ihr Kind spricht                     fließend Deutsch                     gebrochen Deutsch

## Sprachstatus der Eltern

Die Mutter spricht                     fließend Deutsch                     gebrochen Deutsch                     kein Deutsch

Der Vater spricht                     fließend Deutsch                     gebrochen Deutsch                     kein Deutsch

Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind?

---

Seit wann? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann ist Ihr Kind täglich im Kindergarten? Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Was macht Ihr Kind im Kindergarten am liebsten?

---



## ROTHENBURGSCHULE

Zentrum für Begabungsförderung

Sind Sie im Kindergarten/beim Kinderarzt auf mögliche Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen/Konzentrationsschwächen/ADHS/.... aufmerksam gemacht worden – oder ist Ihnen selbst etwas aufgefallen?       Nein       Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon irgendwelche Fördermaßnahmen erhalten (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Spieltherapie,...)?       Nein       Ja

Welche? \_\_\_\_\_

Kann Ihr Kind schon       lesen       schreiben       rechnen?

Wenn ja, wie hat es das erlernt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Hobbies hat Ihr Kind?  
\_\_\_\_\_

Was sind Ihrer Meinung nach die Stärken Ihres Kindes?  
\_\_\_\_\_

Was sind Ihrer Meinung nach die Schwächen Ihres Kindes?  
\_\_\_\_\_

Wie gerne möchte Ihr Kind in die Schule kommen?

sehr gerne       geht so       nicht so gerne



Worauf freut sich Ihr Kind besonders? / wovor hat es eventuell Angst bzw. ist es unsicher?

---

Gibt es etwas Bestimmtes, auf das wir beim Umgang mit Ihrem Kind achten sollen?

---

**Besondere Ereignisse im Leben des Kindes**

Längere oder schwere Krankheiten, Unfälle (Art und Zeitraum)?

---

Längere Krankenhausaufenthalte (Art und Zeitraum)?

---

Liegen Allergien vor?  Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  Nein  Ja

Welche? \_\_\_\_\_

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

---

---

Wien, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten