

## Orientierungshilfe zur Einschätzung der Schulfähigkeit

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

**Besondere Fähigkeiten und Stärken des Kindes**

---



---

**Besondere Interessen des Kindes**

---



---

|  | ja                       |                          | teilweise                | nein                     |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | ++                       | +                        |                          | -                        | --                       |
| <b>Wahrnehmen, Sinnesleistungen (WS)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Körperwahrnehmung (KW)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |
| ▪ Differenzierte Körperwahrnehmung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Hörvermögen (H)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| ▪ Kann Kind Gehörtes richtig wiedergeben?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Körperliche Fähigkeiten (KF)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Grobmotorik (G)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| Koordination der Bewegung, Geschicklichkeit, Reaktionsvermögen, harmonische Bewegungsabläufe, Muskelspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen ohne Nachstellschritt   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich beim Sprung abfangen können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gleichgewicht halten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hampelmannbewegung und –koordination   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rennen, Hüpfen, rückwärts, seitwärts, vorwärts   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kriechen, Krabbeln, Klettern, rollen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abruptes anhalten beim Laufen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überkreuzbewegungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auffälligkeiten im Schmerzempfinden? Überempfindlichkeit gegen bestimmte Berührungen?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häufige Verletzungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Feinmotorik (FM)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Besteht eine eindeutige Händigkeit (Rechts- oder Linkshänder)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Schere, Stiften, Pinsel, Besteck, Werkzeug, Klebestift<br>Papier reißen und Faltarbeiten          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Steckspiele wie Legos etc.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Funktionieren beide Hände unabhängig voneinander, ohne dass das Kind verkrampft wirkt?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körper differenziert zeichnen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innerhalb vorgegebener Linien malen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alltägliche feinmotorische Fähigkeiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | ja                       |                          | teilweise                | nein                     |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | ++                       | +                        |                          | -                        | --                       |
| <b>Soziale und emotionale Fähigkeiten (SF)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| Forscherdrang  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf andere zugehen und selbst Kontakte knüpfen (z.B. Rollenspiel)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelspiele mit anderen spielen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konflikte eigenständig lösen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich in Gruppen einordnen und Verständnis für andere haben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedürfnisse aufschieben  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ertragen können, einer unter vielen zu sein  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühle sprachlich ausdrücken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Geistige Fähigkeiten (GF)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Konzentrationsfähigkeit (K)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Länger als 10 Minuten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ruhig sitzen bleiben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich nicht ablenken lassen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spiele zu Ende spielen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich auf <u>eine</u> Sache konzentrieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auch komplexe Handlungsfolgen ausführen können, mehrere Anweisungen hintereinander befolgen können, z.B. Toilette gehen, Hände waschen, zum Essen kommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Denkfähigkeit wie logisches Denken und Wissensstand (LD)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Sich für Lesen, Schreiben, Ziffern, Zahlen, Buchstaben interessieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Farben und Formen erkennen und benennen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahlen über 5, Mengen bis 6 erfassen (Würfel), Mengen bis 5 ohne nachzählen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sicherer Umgang mit Mengen und Zahlen bis 10   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oberbegriffe kennen (Tiere, Blumen, Obst...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einfache Sortierspiele bewältigen, logische Reihen fortsetzen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Differenziert zeichnen (Selbstbildnis, Mengen, Schornstein gerade?)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufgabenstellungen und Regeln verstehen und bewältigen können  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verschiedene Lösungswege selbständig erkennen und erproben (Ist Kreativität erkennbar?)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zusammenhänge erfassen, z.B. Bildergeschichte; Inhalte einer Geschichte wiedergeben können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sprache (SP)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |
| Deutliche Aussprache   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beherrschung der Vokale und Konsonanten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganze Sätze sprechen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nebensätze bilden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grammatikalisch richtige Sätze   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gefühle sprachlich ausdrücken  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erlebnisse schildern können (verständlich? Richtige Reihenfolge?)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Warum-Fragen stellen!  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Lebenspraxis (LP)</b>   |                          |                          |                          |                          |                          |
| Name, Vorname (und Adresse), Alter kennen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich selbständig an- und ausziehen können, Schuhe/Schleifen binden   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zur Toilette gehen können  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   | ja                       |                          | teilweise                | nein                     |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | ++                       | +                        |                          | -                        | --                       |
| Selbständig essen und Normregeln bei Mahlzeiten kennen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbständig Dinge ordnen, z.B. ein- und Ausräumen von Spielsachen (später Unterrichtsmaterial in/aus Schulranzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähne putzen und Haare kämmen können  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Anmerkungen**


---



---



---



---

Mit den Eltern besprochen am: \_\_\_\_\_

Wunsch der Eltern:

---



---

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift Erzieher/in\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift Kooperationslehrer/in

Die Aufnahme des Kindes in die Grundschule wird empfohlen

ja  nein 

Weitere Überprüfungen werden empfohlen

ja  nein \_\_\_\_\_  
Art der Überprüfung

Die Schulleitung hat den Orientierungsbogen erhalten am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Schulleitung