

Name: \_\_\_\_\_

## U9 Elternfragebogen

	Ja	Nein
Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrradfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt Ihr Kind Rollenspiele (So-tun-als-ob-Spiele)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind beim Spiel im Vergleich ähnlich geschickt wie gleichaltrige Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind einfache Spielregeln einhalten und auch mal verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind richtig und auch für Fremde verständlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind mit Verboten umgehen und Grenzen einhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind kleinere Aufträge erfüllen (z.B. im Haushalt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind sich für längere Zeit von Bezugspersonen trennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Kind im Kindergarten wohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind ein gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu anderen Familienmitgliedern (Großeltern, Tanten, Onkel etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt Ihr Kind Figuren mit Kopf und Fuß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf maximal 30 Minuten pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>