

U10

Name des Kindes:

Datum:

1. Schläft Ihr Kind gut?
2. Hat Ihr Kind einen normalen Appetit?
3. Treibt Ihr Kind Sport in einem Verein?
4. Geht Ihr Kind gerne in die Schule?
5. Kann Ihr Kind sich gut konzentrieren?
6. Werden Hausaufgaben im Wesentlichen selbständig gemacht?
7. Lernt Ihr Kind mit Freude?
8. Hat Ihr Kind Freunde?
9. Ist Ihr Kind in der Familie gut integriert?
10. Zeigt Ihr Kind in der Schule und in anderen Gruppensituationen ein normales Sozialverhalten?
11. Folgt Ihr Kind meistens den in der Familie aufgestellten Regeln?
12. Hält sich ihr Kind an die von Ihnen bestimmten Regeln bezüglich des Medienkonsums (Handy, TV, PC)?
13. Übernimmt Ihr Kind kleine Pflichten im Haushalt?
14. Kann sich Ihr Kind selbst beschäftigen?
15. Ist Ihr Kind in der
16. Regel ausgeglichen und fröhlich?