

U8

Name des Kindes:

Datum:

1. Kann ihr Kind einen mehrteiligen Auftrag verstehen und ausführen? (z.B. Hol die Schuhe aus deinem Zimmer, zieh sie an und komm mit nach draußen)
2. Spielt Ihr Kind längere Zeit (ca. 15 Minuten) mit einem Spielzeug und betrachtet es längere Zeit konzentriert Bilderbücher?
3. Spielt Ihr Kind alltägliche Situationen nach? Führt es Rollenspiele aus?
4. Kann es einfache Spielregeln einhalten?
5. Steht es mindestens 3-4 Sekunden auf einem Bein?
6. Kann Ihr Kind freihändig im Wechselschritt eine Treppe aufwärtsgehen?
7. Zieht sich Ihr Kind allein ein und aus?
8. Kann Ihr Kind Erlebtes wiedergeben und eine kleine Geschichte erzählen?
9. Kann Ihr Kind sich in Gruppen einfügen (z.B. Kindergarten, Hort, Turngruppe)
10. Können Sie und Ihre Familie mit Trotzphasen Ihres Kindes umgehen?
11. Schläft Ihr Kind im eigenen Bett?
12. Kann Ihr Kind unter Aufsicht einhändig mit einer Schere schneiden?
13. Gibt es in Ihrer Familie gemeinsame Mahlzeiten?
14. Ist Ihr Kind sowohl tags als auch nachts trocken?
15. Zeigt Ihr Kind Mitgefühl mit anderen? (z.B. Trösten anderer Kinder)
16. Wird in Ihrer Familie regelmäßig vorgelesen?
17. Begrenzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes auf ca. maximal 30 Minuten am Tag?