



4 Jahre

Name: _____ Vorname: _____

Geb. Datum (TT/MM/JJJJ) | _ | _ | . | _ | _ | _ | 20 | _ | _ | _ | Geschlecht: männlich weiblich

Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili sorular

Çocuğum bir ayağını diğerinin önüne atarak merdivenleri çıkabiliyor evet hayır

Çocuğum iki ayağıyla aynı anda emin bir şekilde kısa mesafeleri öne doğru (30-50 sm) zıplıyor evet hayır

Bunu yaparken dengesini iyi sağlayabiliyor evet hayır

Çocuğum üç tekerlekli bisikletini (ya da buna benzer bir araçı) engellerin çevresinde sürebiliyor, evet hayır

Pedallara hem basıyor hem de aynı zamanda direksiyonu kullanıyor evet hayır

Çocuğum doğru şekilde kalemi ilk üç parmağının arasında tutabiliyor evet hayır

Çocuğum kendi başına giyiniyor evet hayır

Çocuğum ,ben' kelimesini doğru olarak kullanıyor evet hayır

Çocuğum ,niçin- nasıl- nerede-hangi nedenden- nereden' diye soruyor evet hayır

Çocuğum ev işlerinde yardım etmek istiyor evet hayır

ve başka çocuklarla birlikte büyüklerin yaptıkları işleri rol oyunu oynayarak taklit ediyor evet hayır

Kitap okunduğunda çocuğum kendini vererek dikkatlice dinliyor evet hayır

Çocuğum yoğun olarak ,miş gibi oyunları' oynuyor (örneğin değneyi kılıç olarak kullanıyor, bebeklerine mama veriyor) evet hayır

Çocuğum oyun kurallarını ve oyunda sıranın başkalarına da geldiğini anlıyor evet hayır

Çocuğum paylaşmayı biliyor evet hayır

Folgende grau hinterlegten Felder werden vom Kinderarzt ausgefüllt

Summe „Ja“	_____
Grenzwert	≥ 13
Auffällig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausgefüllt am: ____ . ____ . ____ Ausgefüllt von: _____	