



# Schoolvragenlijst

ten behoeve van

---



Achternaam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Datum intake \_\_\_\_\_

### **Gezinssituatie**

- Ouders zijn           0 gehuwd  
                              0 ongehuwd samenwonend  
                              0 gescheiden  
                              0 nieuw samengesteld gezin  
                              0 één-oudergezin

### **Opvoeding**

Is er volgens u sprake van een opvoedingsprobleem?

- 0 ja                       0 nee

Vertoont uw kind in de opvoeding ongehoorzaamheid?

- 0 ja                       0 nee

Hoe reageert uw kind op volwassenen?

- 0 vrij                     0 terughoudend  
0 angstig               0 \_\_\_\_\_

Hoe is de relatie met evt. broertjes en/of zusjes?

- 0 goed                   0 afwijzend  
0 jaloers                0 \_\_\_\_\_

Waren er kortgeleden bijzondere gebeurtenissen in familie/gezin?

- 0 ja                       0 nee  
Zo ja: 0 sterfgeval   0 scheiding  
          0 verhuizing   0 ziekenhuisopname  
          0 \_\_\_\_\_



## **Verwachtingen**

Welke verwachtingen heeft u van de schoolloopbaan van uw kind?

---

---

Verwacht u aanpassingsproblemen t.a.v. aanpassen aan regels, structuur, stilzitten, accepteren, rekening houden met, luisteren?

---

---

Heeft u nog aanvullende gegevens die nuttig zijn voor een goede begeleiding van uw kind?

---

---

## **Schoolbeleving**

Heeft uw kind de Peuterspeelzaal/Kinderopvang bezocht?

0 ja

0 nee

Zo ja, naar welke? En op welke dagen?

---

Bent u voornemens uw kind naar de BSO te laten gaan?

0 ja

0 nee

Is uw kind op de Peuterspeelzaal aangemeld voor 4 dagdelen, i.v.m. de spraak/taal (doelgroepkind)?

0 ja

0 nee

Wat vindt uw kind ervan om naar school te gaan?

Heeft het bepaalde verwachtingen?

---

---



## **Medische zaken**

Is uw kind zindelijk?

0 ja

0 nee

Is er sprake van een ernstige of bijzondere ziekte?

0 ja \_\_\_\_\_ 0 nee

Is er sprake van een allergie?

0 ja \_\_\_\_\_ 0 nee

Herkent u problemen in de functie van de zintuigen van uw kind?

0 ja

0 nee

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind buisjes of buisjes gehad?

0 ja      0 ja, gehad tot \_\_\_\_\_ 0 nee

Heeft uw kind eetproblemen?

0 ja

0 nee

Heeft uw kind slaapproblemen?

0 ja

0 nee

Is uw kind onder behandeling van een specialist?

0 ja, voor \_\_\_\_\_ 0 nee

Is er sprake van dyslexie in familie / gezin?

0 ja, bij \_\_\_\_\_ 0 nee

Is er sprake van dyscalculie (rekenstoornis) in familie / gezin?

0 ja, bij \_\_\_\_\_ 0 nee

Is er sprake van aan autisme verwante stoornissen in familie/gezin?

0 ja, bij \_\_\_\_\_ 0 nee



### **Taalontwikkeling**

Is uw kind doorgaans goed verstaanbaar?

0 ja 0 nee

Stottert uw kind?

0 ja 0 nee

Heeft uw kind logopedie gehad?

0 ja 0 nee

**Zo ja**, bij wie? \_\_\_\_\_

Geeft u toestemming om met hen contact op te nemen?

0 ja 0 nee

**Zo ja**, vanaf wanneer of in welke periode heeft dit plaatsgevonden?

van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

### **Belangstelling voor lezen**

Heeft uw kind interesse voor boeken?

0 ja 0 nee

Bekijkt uw wel eens samen een (prenten)boek?

0 ja 0 nee

Kan uw kind luisteren tijdens het voorlezen?

0 ja 0 nee

Bezoekt u met uw kind(eren) regelmatig de bibliotheek?

0 ja 0 nee

### **Denkontwikkeling**

Heeft uw kind tijdsbesef?

0 ja 0 redelijk 0 nee

Hoe is het begrip van uw kind?

0 goed 0 traag 0 slecht



### **Zelfredzaamheid**

Wat kan uw kind al?

(meerdere mogelijkheden)

- |                                               |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eten                 | <input type="checkbox"/> zich wassen           |
| <input type="checkbox"/> aankleden            | <input type="checkbox"/> uitkleden             |
| <input type="checkbox"/> veters strikken      | <input type="checkbox"/> spullen opruimen      |
| <input type="checkbox"/> naar het toilet gaan | <input type="checkbox"/> drinken zonder morsen |

### **Persoonlijke ontwikkeling**

Welke persoonlijkheden (kenmerken) herkent u bij uw kind?

(meerdere mogelijkheden)

- |                                           |                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ondernemend      | <input type="checkbox"/> druk        |
| <input type="checkbox"/> zelfstandig      | <input type="checkbox"/> afhankelijk |
| <input type="checkbox"/> geduldig         | <input type="checkbox"/> doorzetter  |
| <input type="checkbox"/> afwachtend       | <input type="checkbox"/> rustig      |
| <input type="checkbox"/> teruggetrokken   | <input type="checkbox"/> driftig     |
| <input type="checkbox"/> (over)beweeglijk | <input type="checkbox"/> faalangstig |
| <input type="checkbox"/> spontaan/open    | <input type="checkbox"/> chaotisch   |
| <input type="checkbox"/> aandacht vragend | <input type="checkbox"/> opgewekt    |

Zijn er in het onderstaand lijstje eigenschappen die u van toepassing vindt op uw kind?

(meerdere mogelijkheden)

- |                                            |                                                          |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gevoelig          | <input type="checkbox"/> fantasierijk                    |
| <input type="checkbox"/> zorgzaam          | <input type="checkbox"/> groot voorstellingsvermogen     |
| <input type="checkbox"/> gevoel voor humor | <input type="checkbox"/> kan zich verplaatsen in anderen |
| <input type="checkbox"/> onderzoekend      | <input type="checkbox"/> doorzettingsvermogen            |
| <input type="checkbox"/> opmerkzaam        | <input type="checkbox"/> creatief                        |
| <input type="checkbox"/> betrokken         | <input type="checkbox"/> perfectionisme                  |
| <input type="checkbox"/> initiatiefrijk    |                                                          |



## **Speel-/werkgedrag**

Waarmee speelt uw kind het liefst? \_\_\_\_\_

Met wie speelt uw kind graag?

- alleen
- leeftijdsgenootjes
- jonge kinderen
- oudere kinderen

Heeft uw kind nog andere specifieke interesses? Zo ja welke?

\_\_\_\_\_

Bedenkt uw kind van tevoren wel eens plannen wat het gaat doen?  
Kunt u een voorbeeld geven?

\_\_\_\_\_

Tekent of knutselt uw kind ook?

ja  nee

Kan uw kind langere tijd met iets bezig zijn?

ja  nee

Heeft u zelf nog vragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ingevuld door: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_