

Beobachtungsbogen

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Beobachtungszeitraum: _____

Beobachtende/r Erzieher/in: _____

	Beobachtung ja nein häufig selten	Beobachtung ja nein häufig selten	Beobachtung ja nein häufig selten
Spielverhalten:			
1. Kann das Kind sich für etwas begeistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bevorzugt das Kind bestimmte Spielmaterialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	_____	_____
3. Lehnt es bestimmte Spielarten ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	_____	_____	_____
3. Welche Spielart bevorzugt das Kind?	_____	_____	_____
Einzelspiel	_____	_____	_____
Gruppenspiel	_____	_____	_____
Partnerspiel	_____	_____	_____

Hörvermögen

1. Nimmt es leise Geräusche wahr?
2. Hat das Kind ein Richtungshörvermögen?
3. Hat das Kind ein Rhythmusgefühl?
4. Kann das Kind Rhythmen nachklatschen?
5. Kann es tiefe Töne erkennen?
6. Kanne es hohe Töne erkennen?
6. Wie reagiert es auf laute Geräusche?

Allgemeine Bemerkungen zum Hörvermögen:

Fähigkeiten/Talente:

1. Zeigt das Kind besondere Fähigkeiten?
- Wenn ja, welche?

[illegible]