



**Region Hannover**

Region Hannover · Postfach 147 · 30001 Hannover

Region Hannover  
Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin  
Hildesheimer Str. 17  
  
30169 Hannover

**Der Regionspräsident**

Service/Team	Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin
Dienstgebäude	Hildesheimer Str. 17 30169 Hannover
Ansprechperson	Frau Ehlert
Mein Zeichen	51.40
Durchwahl	(0511) 6 16-2 22 49
Telefax	(0511) 6 16-3 41 85
E-Mail	regina.ehlert @region-hannover.de
Internet	www.hannover.de

**Erziehungsberechtigte Person 1:**

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ/Wohnort:

---

Telefon:

---

**Erziehungsberechtigte Person 2:**

Name:

---

Vorname:

---

Straße:

---

PLZ/Wohnort:

---

Telefon:

---

**Sprechzeiten**

Nach Vereinbarung

**Station Aegidientorplatz**

Bus 100, 120, 200  
Stadtbahn 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11  
Schlägerstraße auch 1, 2, 8

**Bankverbindungen**

Sparkasse Hannover  
IBAN: DE36 2505 0180 0000 0184 65  
BIC: SPKHDE2H

Postbank Hannover  
IBAN: DE51 2501 0030 0001 2593 06  
BIC: PBNKDEFF



# Anmeldung zur Sprachförderuntersuchung

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Kita: \_\_\_\_\_ ☐ I-Platz ☐ heilpädagogische Frühförderung

Sprachstandsfeststellung erfolgte anhand: \_\_\_\_\_

An welcher Schule ist/wird das Kind angemeldet? \_\_\_\_\_

Betreuungszeit: ☐ <4h ☐ 4-6 h ☐ >6 h in der Kita seit: \_\_\_\_\_

Besucht das Kind regelmäßig den Kindergarten?

☐ ja, regelmäßig ☐ nein, fehlt im Schnitt \_\_\_\_\_ Tage im Monat

## Sprachhintergrund der Eltern:

Elternteil 1: Erstsprache: \_\_\_\_\_ Zweitsprache: \_\_\_\_\_

Elternteil 2: Erstsprache: \_\_\_\_\_ Zweitsprache: \_\_\_\_\_

Das Kind...	stimmt	stimmt nicht	nicht beurteilbar/ Kommentar
hat ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache.			
hat soweit beobachtbar ein ausreichendes Verständnis der eigenen Erstsprache.			
ist sprachlich aktiv.			
hat einen angemessenen aktiven Wortschatz.			
zeigt keine sonstigen sprachlichen Auffälligkeiten, wie z.B. Lispeln, Stottern, Grammatikprobleme...			
ist in logopädischer Behandlung.			
nimmt an Sprachförderprogrammen teil.			Und zwar:

Weitere Bemerkungen/Fragen zur Entwicklung des Kindes:

---

---

Wünsche/Empfehlungen seitens der Kita:

---

Mit der Weiterleitung dieser Vorlage an das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover und einer schriftlichen Einladung zur Untersuchung meines Kindes bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der erziehungsberechtigten Personen