



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
Stadtteil 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11
Schäferstraße 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 Sprachfördereruntersuchung

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