



### Zusatz bei mehrsprachigen Kindern

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	___.___.20__
Seit wann leben Sie in Deutschland?			seit		
In welchem Land wurde Ihr Kind geboren?					
<input type="checkbox"/> Deutschland	<input type="checkbox"/> _____				
--	Wie alt war Ihr Kind bei der Ausreise nach Deutschland?				
--	Wie verlief die Sprachentwicklung zum Zeitpunkt der Ausreise?				
--	Hat Ihr Kind Völkerunruhen/ Krieg miterleben müssen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
--	Erhielt Ihr Kind bereits im Heimatland Sprachtherapie/ Logopädie?		<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein wie lange?		
--	Die Familiensprache im Heimatland war				
Die Familiensprache in Deutschland ist					
Welche Sprache ist für Ihr Kind die Erstsprache?					
Ist Ihr Kind zweisprachig aufgewachsen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kamen Sprachmischungen vor, als Ihr Kind sprechen lernte?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Mischt es heute noch beide Sprachen beim Sprechen?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wo und wann spricht Ihr Kind <input type="checkbox"/> die Muttersprache?					
<input type="checkbox"/> Deutsch?					
Die Mutter spricht mit dem Kind		<input type="checkbox"/> die Muttersprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> gemischt			
Die Mutter spricht die deutsche Sprache		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> gar nicht			
Der Vater spricht mit dem Kind		<input type="checkbox"/> die Muttersprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> gemischt			
Der Vater spricht die deutsche Sprache		<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> gar nicht			
Hat Ihr Kind aktuell Probleme in der Muttersprache?			<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein		
Hat Ihr Kind aktuell Probleme in der deutschen Sprache?			<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein		
Welche Sprache spricht Ihr Kind lieber?			<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Deutsch		

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_