



# ANAMNESEFORMULIER

## ARCHIPEL SCHOLEN



ingevuld door \_\_\_\_\_

datum \_\_\_\_-\_\_\_\_-20\_\_\_\_

**AANVULLENDE GEGEVENS BIJ INSCHRIJFFORMULIER VAN**

Naam \_\_\_\_\_ Geboortedatum \_\_\_\_\_

*Het gaat hierbij om informatie die van belang is voor een goede en doorlopende ontwikkeling van uw kind. Deze informatie wordt vertrouwelijk gedeeld met directie en leerkracht(en). U bent niet verplicht deze gegevens in te vullen.*

**GEZIN / OUDERS - VERZORGERS.**

Is uw kind vaak verhuisd?  nee  ja: \_\_\_\_\_ keer in \_\_\_\_\_ jaar.

Bent u gescheiden?  nee  ja: sinds \_\_\_\_\_

↪ Welke ouder heeft de voogdij?  vader  moeder: \_\_\_\_\_

↪ Is er weer een andere partner in beeld?  nee  ja: rol \_\_\_\_\_

↪ Is er een bezoekenregeling?  nee  ja: \_\_\_\_\_

↪ Is er een ondertoezichtstelling (OTS)?  nee  ja: voogd: \_\_\_\_\_  
instelling: \_\_\_\_\_

Hebben bijzondere of ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden?  nee  ja:

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

↪ bijv. dood familielid, ziekenhuisopname, gezinsproblemen, ruzies, geweld, enz

Zijn er factoren in de gezinssituatie die van belang kunnen zijn?  nee  ja:

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

↪ bijv. éénoudergezin, ouder lang van huis, financiële problemen, psychische problemen, externe contactpersonen, enz.

Wat is uw thuistaal? \_\_\_\_\_ Wat spreekt uw kind met wie? \_\_\_\_\_

**WOONOMGEVING EN CONTACTEN.**

Hoe zijn de contacten van uw kind met buurtgenoten? \_\_\_\_\_

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

Heeft de woonomgeving (straat) of de woonruimte (huis) invloed op de ontwikkeling van uw kind?

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



## GEDRAG.

Wat vindt u de meest opvallende eigenschappen of gedragskenmerken van uw kind?

---

---

---

↳ bijv. positief/negatief, makkelijk/moeilijk, beweeglijk, concentratie, enz.

Ervaart u problemen bij de opvoeding van uw kind?

nee  ja:

---

---

---

Zijn er anderen die helpen bij de opvoeding van uw kind?

nee  ja:

---

---

---

↳ bijv. familieleden, buren, vrienden, kinderopvang, CMO, instanties, enz.

Heeft u kind interesse in wat er om hem/haar heen gebeurt?

nee  ja

Is uw kind nieuwsgierig? Stelt het veel waarom-vragen?

nee  ja

Is uw kind snel boos of bang?

nee  boos  bang

## SPEL.

Heeft uw kind veel vrienden/vriendinnen?

nee  ja:  ouder  jonger

Uw kind speelt bij voorkeur:

binnenshuis  even veel  buitenshuis

Uw kind speelt bij voorkeur:

meer alleen  even veel  meer samen

Uw kind speelt bij voorkeur met:

dezelfde kinderen  ↔  wisselende kinderen

Wat speelt uw kind het liefst?

---

Wordt uw kind wel eens geplaagd?

nee  soms  ja:

---

Heeft uw kind hobby's?

nee  ja:

---

Is uw kind lid van een sportclub?

nee  ja:

---

Heeft uw kind zwemles?

nee  ja:

---

Heeft uw kind zwemdiploma's?

nee  ja:

---

## SCHOOL.

Is uw kind vaak van school verwisseld?

nee  ja: \_\_\_\_\_ keer in \_\_\_\_\_ jaar.

↳ Reden/scholen: \_\_\_\_\_

Heeft uw kind extra ondersteuning gehad?

nee  ja: vakken, wat, hoe, wie, hoelang:

---

---

Hoe was het groepsverloop tot nu?

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

Wat heeft uw kind nodig om goed te kunnen leren op school? \_\_\_\_\_

---

## GEZONDHEID.

Zijn er bijzonderheden te melden voor, rondom, of na de zwangerschap of bevalling?

---

---

---

↳ bijv. prematuur, perinataal (kort voor of na de geboorte), couveuse, kinderarts, enz.

Zijn er problemen geweest met het leren zitten, kruipen, staan, lopen?  nee  ja:

start lopen: \_\_\_\_ maanden, \_\_\_\_\_

Zijn er problemen geweest met het leren praten?  nee  ja:

start praten: \_\_\_\_ maanden, \_\_\_\_\_

Zijn er problemen geweest met de zindelijkheid?  nee  ja:

start zindelijkheid: \_\_\_\_ maanden (overdag/'s nachts) \_\_\_\_\_

Zijn er regelmatig terugkerende klachten?  nee  ja:

---

---

↳ bijv. buikpijn, hoofdpijn, slaapproblemen, moeheid, eten, enz.

Is uw kind steeds naar het consultatiebureau geweest?  nee  ja:

---

---

Is uw kind allergisch voor bepaalde stoffen?  nee  ja:

---

---

---

Gebruikt uw kind medicijnen? En waarvoor?  nee  ja:

---

---

---

↳ In het geval de school medische handelingen moet verrichten vult u ook het formulier "medische handelingen" in.

Zijn er problemen (geweest) met de ogen/oren?  nee  ja:

ogen: \_\_\_\_\_

oren: \_\_\_\_\_

Zijn er problemen (geweest) met de grove/fijne motoriek?  nee  ja:

---

---

Is er eerder sprake geweest van onderzoek of behandeling door een: reden:

consultatie-arts naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_

schoolarts naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_

fysiotherapeut naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_

logopedist naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_

kinderarts naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_

anders naam: \_\_\_\_\_ periode: \_\_\_\_\_