

**VERTROUlike INLIGTING RAKENDE U KIND (Graad 1 - 7)**

Volle naam van kind \_\_\_\_\_

Uit 'n getal van \_\_\_\_\_ kinders in die gesin is die kind die \_\_\_\_\_ (1ste, 2de, 3de ens.)

By wie bly die kind? \_\_\_\_\_

Adres waar die kind bly: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Kode: \_\_\_\_\_

Beherende toesig (in geval van egskeiding);

Gee besonderhede (besoekersregte): \_\_\_\_\_

Onderstreep siektes wat u kind gehad het: Waterpokkies / Witseerkeel / Ingewandskoors / Masels / Pampoentjies / Duitse masels / Skarlakenkoors / Kinkhoes / Bilharzia / Senuweetrekkings / Malaria / Sinkingkoors

Noem enige ander siektes waaraan u kind gely het of nog ly \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Meld (indien enige) operasies wat u kind ondergaan het, wanneer en waarvoor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gebruik u kind tans enige medikasie? \_\_\_\_\_

Indien wel: Besonderhede: \_\_\_\_\_

Enige allergieë? \_\_\_\_\_

Toiletgebruik: Enige probleme? \_\_\_\_\_ Enige tandprobleme?

\_\_\_\_\_

Probleme in verband met: Gehoor? \_\_\_\_\_ Gesig? \_\_\_\_\_ Spraak? \_\_\_\_\_

Indien ja, spesifiseer: \_\_\_\_\_

Op watter ouderdom het u kind begin praat? \_\_\_\_ Op watter ouderdom het die kind begin loop? \_\_\_\_

Noem asseblief enige probleme wat u voor of tydens u kind se geboorte ervaar het \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was u kind moontlik in enige ernstige ongeluk? Gee besonderhede \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inligting in verband met die kind se eet- en drinkgewoontes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Slaapgewoontes (bv. slaap rustig, rusteloos, kry nagmerries, slaap nog nie deur in sy eie bed nie) \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe laat gaan u kind saans bed toe? \_\_\_\_\_ Raak aan die slaap? \_\_\_\_\_

Toon u kind enige tekens van senuweeagtigheid bedags of snags? \_\_\_\_\_

Is die kind links- of regshandig? \_\_\_\_\_

Is daar tuis enige dwang uitgeoefen in hierdie verband? \_\_\_\_\_

Noem plekke waar u kind meestal speel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe kom u kind klaar met die maats? \_\_\_\_\_

Hoe kom u kind klaar met die lede van sy/haar huisgesin? \_\_\_\_\_

Onderstreep persoonlikheidseienskappe (en brei uit):

Gehoorsaam, ongehoorsaam, koppig \_\_\_\_\_

Selfstandig, afhanklik \_\_\_\_\_

Skaam, teruggetrokke, vrymoedig \_\_\_\_\_

Vriendelik, humeurig, aggressief \_\_\_\_\_

Verdraagsaam, prikkelbaar \_\_\_\_\_

Onselfsugtig, selfsugtig \_\_\_\_\_

Liefdevol, soek aandag, afsydig, soek nie aandag \_\_\_\_\_

Genoeg, te min/te veel selfvertroue \_\_\_\_\_

Hulpvaardig, nie hulpvaardig \_\_\_\_\_

Reageer goed/nie goed op bevale en teregwysings \_\_\_\_\_

Ander eienskappe of gewoontes waarvan die skool moet kennis dra \_\_\_\_\_

Toon u kind enige belangstelling in lees? \_\_\_\_\_

Word stories tuis vertel/gelees aan u kind? \_\_\_\_\_

Toon u kind enige belangstelling in musiek? \_\_\_\_\_

Is u kind voorheen geassesseer deur: Arbeidsterapeut, Spraakterapeut, Fisioterapeut, Sielkundige?  
(*Bekendmaking van inligting sal nie u kind se aanvaarding negatief beïnvloed nie. Hierdie inligting word  
benodig om ons **onderwysers te bemagtig om leerders na die beste van ons vermoëns te ondersteun.***)

**INDIEN WEL, HEG ASSEBLIEF BESKIKBARE VERSLAE HIERBY AAN.**

Ontvang u kind huidiglik enige terapie deur bogenoemde terapeute? JA \_\_\_\_\_ NEE \_\_\_\_\_

Watter terapie: \_\_\_\_\_

Naam van terapeut: \_\_\_\_\_

Het u kind enige spesiale onderwysbehoefte? (Spesifiseer asseblief)

Enige ander inligting wat u van belang ag \_\_\_\_\_

Is daar enige probleme wat u graag vertroulik wil bespreek? \_\_\_\_\_

**NEEM ASSEBLIEF KENNIS:**

**Enige nie-bekendmaking van afgehandelde / huidige, of kennis van die toekomstige behoefte aan  
intervensie/s, kan hierdie aansoek nietig verklaar.**

Inligting verskaf deur:

Ouer 1: \_\_\_\_\_ Geteken: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ 2019

Ouer 2: \_\_\_\_\_ Geteken: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ 2019