** Formulier ‘omgekeerd oudergesprek’**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam van uw kind |  | |
| Schooljaar **2019-2020** | Groep/leerkracht: Kies een groep | datum: |

**1 Karaktereigenschappen**

*Geef aan wat u herkent in uw kind:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | spontaan |  | somber |  | overactief |  | rustig |  | open |
|  | driftig |  | jaloers |  | vrolijk |  | angstig |  | makkelijk |
|  | onzeker |  | gehoorzaam |  | faalangstig |  | opgewekt |  | veeleisend |
|  | zelfverzekerd |  | aandacht vragend |  | teruggetrokken |  | perfectionistisch |  | druk |
|  | verlegen |  | nieuwsgierig |  | ontspannen |  | dromerig |  | agressief |

*Eventuele toelichting*:

**2 Persoonlijkheidsgegevens**

| Uw kind… | vaak | soms | zelden |
| --- | --- | --- | --- |
| heeft plezier |  |  |  |
| heeft zin om naar school te gaan |  |  |  |
| houdt van spelen |  |  |  |
| neemt initiatieven |  |  |  |
| speelt vaak met andere kinderen |  |  |  |
| voelt zich gemakkelijk in een groep |  |  |  |
| helpt graag anderen |  |  |  |
| heeft vaak ruzie |  |  |  |
| vraagt hulp als dat nodig is |  |  |  |
| houdt zich aan afspraken |  |  |  |
| is zelfstandig |  |  |  |
| komt voor zichzelf op |  |  |  |
| Anders: | | | |

*Eventuele toelichting*:

**3 Speelwerkgedrag**

|  | vaak | soms | zelden |
| --- | --- | --- | --- |
| Buiten spelen |  |  |  |
| Televisie kijken |  |  |  |
| Interesse in de natuur |  |  |  |
| Puzzelen, denkspellen |  |  |  |
| Computerspellen |  |  |  |
| Knutselen |  |  |  |
| Gezelschapsspellen |  |  |  |
| Liedjes zingen, muziek luisteren |  |  |  |
| Interesse in boeken |  |  |  |
| Luisteren naar een verhaal |  |  |  |
| Sporten |  |  |  |
| Maakt zelfstandig huiswerk (voor leerlingen groep 7-8) |  |  |  |
| Is snel ontmoedigd |  |  |  |
| Speelt geconcentreerd |  |  |  |
| Maakt af waar hij/zij mee bezig is |  |  |  |
| Anders: |  |  |  |
|  | | | |

*Eventuele toelichting*:

**4 Gezondheid**

|  | ja | soms | nee |
| --- | --- | --- | --- |
| Is het gehoor van uw kind goed? |  |  |  |
| Is het zicht van uw kind goed? |  |  |  |
| Slaapt uw kind goed? |  |  |  |
| Eet en drinkt uw kind goed? |  |  |  |
| Is uw kind fit en gezond? |  |  |  |
| Heeft uw kind allergieën? |  |  |  |
| Slikt uw kind medicatie? |  |  |  |
| Heeft uw kind externe hulp |  |  |  |
| Anders: | | | |

*Eventuele toelichting*:

**5 Hoe heeft uw kind de eerste schoolweken ervaren?**

**6 Wat zijn aandachtspunten voor school?**

**7 Is er iets in de thuissituatie van uw kind veranderd?**

**8 Waar is uw kind heel goed in?**

**9 Wat wilt u nog kwijt over uw kind?**

**10 Communicatieafspraken** *(Samen met de leerkracht in te vullen tijdens het gesprek)*

*Wilt u dit formulier thuis invullen (samen met uw kind) en meenemen naar het gesprek?  
Het ingevulde formulier vormt het uitgangspunt voor het gesprek. Bij voorbaat dank!*