



Name des Kindes _____
Beobachterin _____
Datum _____

Motorische Begabung

Bitte ankreuzen, was zutrifft

1. Bewegt sich das Kind leicht und flüssig?
2. Klettert das Kind gerne?
3. Tanzt das Kind gerne?
4. Erprobt das Kind selbst Rhythmen in seiner Bewegung?
5. Liebt das Kind Bewegungsspiele (z.B. Wer hat Angst vorm Grizzlybär)?
6. Bewegt sich das Kind leicht um Hindernisse herum?
7. Reagiert das Kind bei einem Wechsel in der Art der Musik (z.B. von sanfter, schwebender Musik zu Rock-Musik) mit einer adäquaten Veränderung seiner Bewegungen
8. Spielt das Kind gerne Rollenspiele (z.B. Prinzessin, Tiger usw.)?
9. Benutzt das Kind gerne theatralische Körpergesten?
10. Ist das Kind feinmotorisch geschickt (z.B. Papier schneiden)?
11. Springt das Kind gern und geschickt von erhöhten Standorten (z.B. Kasten in der Turnhalle)?
12. Balanciert das Kind gern?
13. Geht das Kind geschickt mit einem Ball um?
14. Kann das Kind längere Zeit stillhalten (z.B. 20 min. Traumstunde)?

Was fällt Ihnen im Bewegungsbereich noch auf?

15. _____