**Notater til motorisk screening**

Dato:

**Barnets navn: Fødselsdag:**

|  |
| --- |
| Håndmotorik: Score:  |
| Grovmotorik og sammensatte færdigheder: Score: |
| Kaste/gribe færdigheder: Score: |
| Balance: Score: |
| Kommentarer og forslag til tiltag: Totalscore: |

Sundhedsplejerske:

Orientering gives til stuepædagog af:

Udfyldt af: