

Datum:

## 1.0 Kindertagesstätte (Name/Ort/Tel/Fax/E-mail, Name der Leitung)

## 1.1 Ansprechpartner (Integrationsfachkraft und Gruppenleiter/in, Tel.-Nr.)

## 1.2 Personalien

<b>Kind:</b>									
NAME/Vorname:									
Geb-Dat:									
Str.: / Wohnort:									
<b>Vater:</b>									
NAMEN/Vornamen									
Geb-Dat.									
Str.: / Wohnort /Tel									
<b>Mutter:</b>									
NAMEN/Vornamen									
Geb-Dat.									
Str.: / Wohnort /Tel									
<b>Geschwister:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Geschlecht und Geburtsjahre:									
Str.: / Wohnort /Tel									
<b>Besonderheiten:</b>									

## 2. Diagnosen (soweit bekannt):

## 3. Allgemeine Infos zum kindlichen Kita-Alltag (ggf. auch nummerierte Anlage)

Kita-Platz seit:			
I-Platz seit::			
<b>Gruppengröße:</b>	Anzahl der Integrations-Kinder in der Gruppe:		
Wie viele Stunden pro Tag ist das Kind in der Kita?	4 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
WER bringt und holt das Kind <u>meist</u> ab? (mehrere Nennungen möglich)			
Eltern <input type="checkbox"/>	Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>	Geschwister <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/>
<b>Mit WEM gibt es eine regelmäßige Zusammenarbeit?</b>			
Frühförderung <input type="checkbox"/>	Eltern <input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt <input type="checkbox"/>	Kinderarzt/Hausarzt <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/>
Ergotherapie <input type="checkbox"/>	Logopädie <input type="checkbox"/>	Krankengymnastik <input type="checkbox"/>	sonstige Fachkräfte <input type="checkbox"/> .....

## 4. Spezielle Infos zum letzten Kita-Jahr? (ggf. auch nummerierte Anlage)

	z.B.	Ja	Nein	Sonstiges (Nr. bitte angeben)
1.	Wechsel der Gruppen-Erzieher/in			
2.	Ausfallszeiten / Wechsel der Integrationskraft			
3.	Änderungen der Raumsituation			
4.	Änderungen der Gruppensituation			
5.	Längere Abwesenheit des Kindes während des Jahres (mehr als 4 Wochen)			
	Krankheiten			
	Unfälle			
	Operationen			
	Soziale Gründe			
6.	.....			

## 5. Wurden die Förderziele des vergangenen Jahres erreicht? (ggf. auch nummerierte Anlage)

Optische Wahrnehmung <input type="checkbox"/>	Handgeschicklichkeit <input type="checkbox"/>	Körperkoordination <input type="checkbox"/>	Sprache <input type="checkbox"/>
Akustische Wahrnehmung <input type="checkbox"/>	Sozialkontakt <input type="checkbox"/>		
<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>teilweise</b> <input type="checkbox"/> (wenn nein oder teilweise, bitte Gründe angeben)	

**ZIELE** der Entwicklungsförderung des Kindes in der Kindertagesstätte für das kommende Kita-Jahr .....(mit Bezug auf Kind/Erziehungsberechtigte/Fachkräfte)

**6. Rahmenziel: Mit WEM soll zusammen gearbeitet werden?** (siehe auch Nr. 3)

Frühförderung <input type="checkbox"/>	Eltern <input type="checkbox"/>	Gesundheitsamt <input type="checkbox"/>	Kinderarzt/Hausarzt <input type="checkbox"/>	Jugendamt <input type="checkbox"/>
Ergotherapie <input type="checkbox"/>	Logopädie <input type="checkbox"/>	Krankengymnastik <input type="checkbox"/>	sonstige Fachkräfte <input type="checkbox"/>	.....

**7. Ziele, nach Schwerpunkten sortiert** (ggf. auch nummerierte Anlage)

1. Ziel	2. Ziel	3. Ziel
Bitte nur 1 Ziel ankreuzen	Bitte nur 1 Ziel ankreuzen	Bitte nur 1 Ziel ankreuzen
<input type="checkbox"/> Opt. Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Opt. Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Opt. Wahrnehmung
<input type="checkbox"/> Handgeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Handgeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Handgeschicklichkeit
<input type="checkbox"/> Körperkoordination	<input type="checkbox"/> Körperkoordination	<input type="checkbox"/> Körperkoordination
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Sprache
<input type="checkbox"/> Akust. Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Akust. Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Akust. Wahrnehmung
<input type="checkbox"/> Sozialkontakte	<input type="checkbox"/> Sozialkontakte	<input type="checkbox"/> Sozialkontakte

**8. Bitte einige Fördermaßnahmen an konkreten Beispielen beschreiben,** (ggf. auch durch

nummerierte Anlagen ergänzen) (z.B. auch bei mehr als 3 Zielen)

**8.1 geplante Spiele** (z.B. Fingerspiele, Rollenspiel, andere soziale Spiele, freies und angeleitetes Gestalten, Musikerziehung, Tanz, Bewegungsspiele,...)

**8.2 Förderorte** (z.B. Großgruppe, Kleingruppenraum, Turnhalle, Außengelände, Wald-Aktionen,...),

**8.3 Material** (Papier, Holz, Sand, Steine, Wasser, Geräte, Müll,...)

**8.4 Projekte/Themenvorgaben usw...**

Konkrete Maßnahmen zu 1. Ziel	Konkrete Maßnahmen zu 2. Ziel	Konkrete Maßnahmen zu 3. Ziel

**9. Finden regelmäßig interdisziplinäre Gespräche („Helferkonferenzen“) statt?**

Wenn **Ja** , **WANN** und **WER** nimmt daran teil:

Wenn **nein** , bitte begründen...

**10. Datum / Name / Unterschrift**

()

**Datum:**

**Freie Beschreibung des Kindes entsprechend dem Kiphard-Entwicklungsgitter**  
(Anlagen mit Angabe der Nr. sind jederzeit möglich)

- nach persönlicher Beobachtung von der Gruppenleiterin ausgefüllt**  
 **von speziell fortgebildeten Fachkräften ausgefüllt**

**Name/Unterschrift:**

1. Optische Wahrnehmung

2. Handgeschicklichkeit

3. Körperkontrolle

4. Sprache

5. Akustische Wahrnehmung

6. Sozialkontakt

7. Sonstige Beobachtungen