

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

Kind:									
NAME/Vorname:									
Geb-Dat:									
Str.: / Wohnort:									
Vater:									
NAMEN/Vornamen									
Geb-Dat.									
Str.: / Wohnort /Tel									
Mutter:									
NAMEN/Vornamen									
Geb-Dat.									
Str.: / Wohnort /Tel									
Geschwister: <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									
Besonderheiten:									

2. Diagnosen (soweit bekannt):

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

Kita-Platz seit:			
I-Platz seit::			
Gruppengröße:	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"/>
Mit WEM gibt es eine regelmäßige Zusammenarbeit?			
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"/>		
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <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