

ENTWICKLUNGSBERICHT - Folgebericht

Datum:

1.0 Kindertagesstätte

Name / Ort / Telefon / Fax / E-Mail / Name der Leitung
--

1.1 Ansprechpartner

Integrationsfachkraft und Gruppenleiter/in, Telefon-Nummer
--

1.2 Personalien

Kind:	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr., PLZ , Ort (Wohnort)	
Vater:	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr., PLZ , Ort (Wohnort)	
		Telefon-Nummer
Mutter:	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr., PLZ , Ort (Wohnort)	
		Telefon-Nummer
Geschwister:	Name, Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr., PLZ , Ort (Wohnort)	
		Telefon-Nummer
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?	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8
Wer bringt und holt das Kind <u>meist</u> ab? (mehrere Nennungen möglich)	
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Bekannte	
Mit WEM gibt es eine regelmäßige Zusammenarbeit?	
<input type="checkbox"/> 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	

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Ausfallzeiten / Wechsel der Integrationskraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Änderungen der Raumsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Änderungen der Gruppensituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Längere Abwesenheit des Kindes während des Jahres (mehr als 4 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Soziale Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

<input type="checkbox"/> 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 (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)

<input type="checkbox"/> 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	

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

1. Ziel	2. Ziel	3. Ziel
Bitte nur 1 ankreuzen	Bitte nur 1 ankreuzen	Bitte nur 1 ankreuzen
<input type="checkbox"/> Optische Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Optische Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Optische 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"/> Akustische Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Akustische Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Akustische 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, Rollenspiele, 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 <input type="checkbox"/> Ja	WANN und WER nimmt daran teil:
Wenn <input type="checkbox"/> Nein	Bitte begründen:

10. Datum / Name / Unterschrift

Kita-Leitung (Datum / Name / Unterschrift)	Erziehungsberechtigte (Datum / Name / Unterschrift)	Integrationsfachkraft (Datum / Name / Unterschrift)	Gruppenerzieherin (Datum / Name / Unterschrift)
---	--	--	--

Datum:

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

<input type="checkbox"/>	Nach persönlicher Beobachtung von der Gruppenleiterin ausgefüllt
<input type="checkbox"/>	Von speziell fortgebildeten Fachkräften ausgefüllt Name/Unterschrift

1. Optische Wahrnehmung

2. Handgeschicklichkeit

3. Körperkontrolle

4. Sprache

5. Akustische Wahrnehmung

6. Sozialkontakt

7. Sonstige Beobachtungen