

ICF-basierter Förderplan Inklusive Elementarpädagogik

Ausgefüllt von:

Datum:

1. Angaben zum Kind

Familienname:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Kindergarten:Klicken oder tippen Sie hier,
Vorname(n) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Gruppe:Klicken oder tippen Sie hier, um Text
Geschlecht (w/m/d): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Gruppenführende Klicken oder tippen Sie
Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Kindergartenjahr Klicken oder tippen Sie hier,
Erstsprache:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Raum für Weiteres (z.B. Kostenträger): Klicken
Sonstig Relevantes (wie z.B. Kontaktrecht, Bringen/Abholen, lebensbedrohliche allergische Reaktionen...) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

2. Angaben zu den Eltern/Erziehungsberechtigten

Name:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Name:Klicken oder tippen Sie hier, um Text
Adresse:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Adresse:Klicken oder tippen Sie hier, um Text
Tel.:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Tel.:Klicken oder tippen Sie hier, um Text
Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Mail:Klicken oder tippen Sie hier, um Text
Beste Erreichbarkeit:Klicken oder tippen Sie hier, um Text	Beste Erreichbarkeit:Klicken oder tippen Sie hier, um

3. IST-Situation: Elterliche Sorgen, Wünsche, die Betreuung im Kindergarten betreffend, inkl. medizinischer Diagnosen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

4. IST-Situation: Personbezogene Faktoren

Welche persönlichen Faktoren sind für die Entwicklung Ihres Kindes wichtig?

Beispiele: Name, Alter, Geschwisterreihe, Wohnort, Beruf der Eltern (falls relevant), Interessen und Abneigungen, Stärken, kindliche Erwartungen (falls zutreffend) sowie relevante anamnestische Daten wie Schwangerschaft, Entwicklung (Meilensteine), relevante Operationen, kritische Lebensereignisse, durchgeführte Therapien...

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben

5. IST-Situation: Umweltfaktoren

Welche Umweltfaktoren sind für die Entwicklung Ihres Kindes hilfreich oder hemmend? (innerfamiliär/außerfamiliär z.B. im Kindergarten) z.B. die materielle Umwelt, die Verfügbarkeit von Bezugspersonen, Einstellungen oder systembedingte Aspekte wie z.B. den Erhalt finanzieller Unterstützungsleistungen... betreffend)

Förderfaktoren für die Entwicklung des Kindes:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Hemmende Faktoren für die Entwicklung des Kindes:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Umweltaspekte, die weder als förderlich noch als hemmend eingeschätzt werden oder über die es keine Übereinkunft mit den Erziehungsberechtigten gibt:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

6. IST-Situation: Körperstrukturen und Körperfunktionen

Beispiele: Anatomische Veränderungen, Intelligenz, Händigkeit, Aufmerksamkeit, Denken, Emotionen, Bindung, Sinnesorgane (Sehen, Hören, usw.), Artikulation/Sprache, Allergien, Bewegungskoordination....

Welche medizinischen Befunde, ärztliche/psychologische Gutachten, Therapieberichte usw. liegen vor?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

7. IST-Situation: Aktivitäten/Teilhabe des Kindes im Kindergartenalltag

Beschreiben Sie bitte, WIE das Kind in relevanten unten angeführten 8 Bereichen am Kindergartenalltag teilhat. Eine Strukturierung nach d1-d9 im Text ist dabei hilfreich. d6 (häusliches Leben wie z.B. Ordnung halten) wurde bewusst nicht angeführt).

d1: sein Lernen betreffend

d2: seinen Umgang mit Anforderungen (z.B. Übernahme von Aufgaben, Rituale, Steuerung seines Verhalten) betreffend

d3: seine Kommunikation betreffend

d4: seine Bewegung betreffend

d5: seine Selbständigkeit/Selbstversorgung betreffend

d7: seinen Umgang mit anderen Kinder oder anderen Menschen betreffend

d8: sein Spielen im Kindergarten betreffend

d9: (falls Informationen vorliegen) bei familiären Festen, Vereinsaktivitäten oder Veranstaltungen?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben

8. Beurteilung der IST-Situation in Bezug auf wichtige Teilhabeaspekte

Falls die beobachtete Teilhabe alterstypischer Teilhabe entspricht oder eine Stärke des Kindes darstellt, kreuzen Sie bitte die nachfolgenden Kästchen entsprechend an <input checked="" type="checkbox"/>		Falls Ihre Beobachtungen erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen darstellen, führen Sie dies bitte nachvollziehbar aus und kopieren entsprechende Formulierungen in die relevanten Felder: <i>Beispiel: Bei x-jährigen Kindern ist zu erwarten, dass sie durch folgende alterstypische Aktivitäten am Kindergartenalltag teilhaben:..... Die unter 7 beschriebenen Beobachtungen stellen somit eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung dar.</i>
betreffend		
d1: Lernen	<input type="checkbox"/>	
d2: Umgang mit Anforderungen	<input type="checkbox"/>	
d3: Kommunikation	<input type="checkbox"/>	
d4: Bewegung	<input type="checkbox"/>	
d5: Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	
d7: den Umgang mit anderen Kinder oder anderen Menschen...	<input type="checkbox"/>	
d8: inwiefern das Kind dem Kindergartenprogramm folgen kann oder seine Art zu spielen	<input type="checkbox"/>	
d9: bei Festen und Veranstaltungen wie z.B. Familienfesten	<input type="checkbox"/>	

9. SOLL-Situation: Individueller Förderplan inkl. Teilhabeziele

Teilhabebereich 1	Teilhabeziel	Maßnahme(n)/Interventionen oder weitere Maßnahmen	Verantwortliche Person(en) des Teams
Wählen Sie einen Bereich aus	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
1. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
2. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Teilhabebereich 2	Teilhabeziel		
Wählen Sie einen Bereich aus	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
1. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input checked="" type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
2. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Teilhabebereich 3	Teilhabeziel		
Wählen Sie einen Bereich aus	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
1. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.:	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
2. Evaluation Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung (Mitteilung) trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben

10. Eltern- bzw. Umweltziele

Falls unter 5 erhebliche Umweltbarrieren für die Entwicklung des Kindes zu beobachten sind, erscheinen Umwelt bzw. Elternziele empfehlenswert

Elternziele		Maßnahme(n)/Interventionen oder weitere Maßnahmen	Verantwortliche Person(en)
Elternziel 1: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.		Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Evaluation 1: Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Evaluation 2: Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Elternziel 2: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.		Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Evaluation 1: Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Evaluation 2: Datum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	<input type="checkbox"/> Erreicht <input type="checkbox"/> teilweise erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht: Bitte begründen, falls nicht erreicht: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

11. Sonstiges Relevantes (z.B. Vorschläge in Richtung weiterer Therapien, Kooperationen, Abklärungen)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

12. Name/Unterschrift

Inklusive Elementarpädagog:in bzw. Teammitglieder

Eltern

13. Optional: Ergeht an (Relevantes bitte ankreuzen)

Erziehungsberechtigte

Teammitglieder

Bezirksverwaltungsbehörde

Sonstige (falls Einverständnis der Erziehungsberechtigten vorhanden, z.B. an Hausarzt/Hausärztin) und zwar an Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.