|  |  |
| --- | --- |
| **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, um Text einzugeben. |
| Vorname(n) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Gruppe:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geschlecht (w/m/d): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Gruppenführende Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Kindergartenjahr Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Erstsprache:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Raum für Weiteres (z.B. Kostenträger): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 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 einzugeben. |
| Adresse:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Adresse:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel.:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Tel.:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Mail:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beste Erreichbarkeit:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Beste Erreichbarkeit:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **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…)*  **Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? Welche?**  **Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes? Welche?**  Inkl. Anamnestischer |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **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. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  betreffend | | Falls Ihre Beobachtungen **erhebliche Teilhabebeeinträchtigungen** darstellen, führen Sie dies bitte nachvollziehbar aus und **kopieren** entsprechende Formulierungen in die relevanten Felder:  *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.* |
| d1: Lernen |  |  |
| d2: Umgang mit Anforderungen |  |  |
| d3: Kommunikation |  |  |
| d4: Bewegung |  |  |
| d5: Selbstversorgung |  |  |
| d7: den Umgang mit anderen Kinder oder anderen Menschen... |  |  |
| d8: inwiefern das Kind dem Kindergartenprogramm folgen kann oder seine Art zu spielen |  |  |
| d9: bei Festen und Veranstaltungen wie z.B. Familienfesten |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. |
| 1. Evaluation   Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Erreicht  teilweise erreicht 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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. |
| 1. Evaluation   Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Erreicht  teilweise erreicht 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   DatumKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.: | Erreicht  teilweise erreicht 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. |
| 1. Evaluation   Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Erreicht  teilweise erreicht 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. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. | Erreicht  teilweise erreicht 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. |

|  |
| --- |
| **10. 11. Sonstiges Relevantes** (z.B. Vorschläge in Richtung weiterer Therapien, Kooperationen, Abklärungen) |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **10. 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.