|  |  |
| --- | --- |
| **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 betreffendd2: seinen Umgang mit Anforderungen (z.B. Übernahme von Aufgaben, Rituale, Steuerung seines Verhalten) betreffendd3: seine Kommunikation betreffendd4: seine Bewegung betreffendd5: seine Selbständigkeit/Selbstversorgung betreffendd7: seinen Umgang mit anderen Kinder oder anderen Menschen betreffendd8: sein Spielen im Kindergarten betreffendd9: (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 [x] 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 erreichtBitte 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. | [x] 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.