

Präventionsbedarf im Einschulungsalter Datum: _____

Einrichtung (Stempel) Name der Gruppe <input type="radio"/> Regelgruppe seit: <input type="radio"/> Integrationsgruppe seit: <input type="radio"/> Heilpäd. Gruppe seit: Ansprechpartner/in KITA zuständige Grundschule 	Name, Vorname Geburtsdatum: Adresse des Kindes Straße: PLZ, Ort: Telefon: Sorgerecht liegt bei <input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> sonstigen Sorgeberechtigten E-Mail Adresse der Sorgeberechtigten ggf. abweichende Anschrift der Sorgeberechtigten Telefon:
Schweigepflichtentbindung liegt vor <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

	unauffällig	auffällig	stark auffällig	keine Aussage möglich	Entwicklungstendenz		
					wird besser	bleibt gleich	wird schlechter
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebenspraktische Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernmotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phonologische Bewusstheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kognitive Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mathematische Grundlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorangegangene Maßnahmen				
	von...	...bis	bzw. seit...	bei...
<input type="checkbox"/> Physiotherapie				
<input type="checkbox"/> Psychomotorik				
<input type="checkbox"/> Ergotherapie				
<input type="checkbox"/> Logopädie				
<input type="checkbox"/> Frühförderung				
<input type="checkbox"/> andere Therapie				

Entwicklungsbogen

Name des Kindes:

Anmerkungen Kindertagesstätte (Diagnosen, Entwicklungsauffälligkeiten, familiäre Verhältnisse, Migrationshintergrund...):

Datum, Unterschrift Kindertagesstätte

Anmerkungen Erziehungsberechtigte:

Für die Eltern:

Dieser Entwicklungsbogen wurde mit mir besprochen.

Ich bin mit der Weitergabe an die Grundschule und das zuständige Förderzentrum einverstanden.

Ich entbinde die Pädagogen der Kindertagesstätte, Grundschule und des Förderzentrums von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Datum:

Datum:

Unterschrift

Unterschrift