**Sonderpädagogische Beratungsstelle Offenburg**

**- Schwerpunkt Sprache und kindliche Entwicklung -**

Vogesenstraße 30, 77652 Offenburg

Tel: 0781 – 92 69 22

E-Mail: info@beratungsstelle-og.de

www.beratungsstelle-og.de

**Vorbericht / Entwicklungsbericht**

|  |
| --- |
| 1. **Personenbezogene Daten des Kindes**
 |
| Name      | Vorname  weibl.☐ männl.☐  | Geburtsdatum  |
| Nationalität & Geburtsort | Muttersprache  | Gesprochene Sprache |
| Name, Anschrift, Tel., **Mutter**: Sorgeberechtigt: ja ☐ nein ☐ | Name, Anschrift (wenn abweichend), Tel., **Vater**: Sorgeberechtigt: ja ☐ nein ☐ |
| Geschwisterkinder (Name und Alter) |
| 1. **Derzeit besuchte Einrichtung**
 |
| Name des Kindergartens      |
| Straße, Hausnummer       |
| Postleitzahl  | Ort  | Telefon & E-Mail-Adresse |
| Erzieher/in | Seit wann besucht das Kind die Einrichtung? |
| 1. **Wurde bereits Kontakt zum Jugendamt/Amt für Soziales und Versorgung aufgenommen?**
 |
| ❑ ja ❑ nein  | Wenn ja, zuständ. Mitarbeiter/in: Name:  Tel.:  |
| 1. **Findet eine therapeutische Förderung statt? (Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung, Physiotherapie…)**
 |
| ❑ ja ❑ nein  | Wenn ja, Name der Praxis/Therapeut/in: Name:  Tel.: Name:  Tel.:  |
| 1. **Fand bereits eine Beratung und/oder Überprüfung durch eine/n Mitarbeiter/in der Sonderpädagogischen Beratungsstelle statt?**
 |
| ❑ ja ❑ nein  | Wenn ja, zuständ. Mitarbeiter/in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **6. Kinderarzt/**  **Kinderärztin** | Name:  Tel.:  |

|  |
| --- |
| **Kurzdarstellung des Problems & diagnostische Fragestellung** |
| **Besonderheiten in der Entwicklung***Sprachentwicklung, Motorik, Hören, Sehen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Medikamente,* *bisherige Therapien – Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung …***ggf. Therapieberichte als Anlage**  |  |
| **Spiel- und Lernverhalten***Beobachtungen in gezielten Angeboten und im Freispiel, Rollenspiel, Regelverständnis, Mitarbeit, Leistungsbereitschaft, Motivation, Selbstständigkeit, Konzentration, Neugierde, Aufmerksamkeitsspanne, Merkfähigkeit,**Anstrengungsbereitschaft, Arbeitstempo, Genauigkeit,**Eigeninitiative, Interesse,**Ablenkbarkeit,**Ordnungsverhalten,Umgang mit Anforderungen, Frustrationstoleranz,**Umgang mit Fehlern,**Angst vor Misserfolgen,* *Unruhe/Bewegungsdrang,* *Fein-/Grobmotorik …* |  |
| **Verhaltensbereich***Loslösung Eltern, Grundstimmung, Stellung/Rolle in der Kindergruppe , (Außenseiter, Clown, Mitläufer, Opfer, Anführer …);**Verhalten gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen,**Verhalten in der Gruppe und in weniger strukturierten Situationen,* *Kontaktfähigkeit, Freundschaften,* *Selbststeuerung/impulsives Verhalten,* *Rückzug, Lenkbarkeit,**Reizbarkeit,**Durchsetzungsvermögen,**Hilfsbereitschaft,**Kompromissbereitschaft,**Konfliktbewältigungsstrategien, Regelbewusstsein,* *Anpassung an veränderte Gruppensituationen/ in der Öffentlichkeit,**Wahrnehmung, soziale Situation, Empathiefähigkeit…* |  |
| **Kommunikations-****verhalten / Sprache***Blickkontakt, Sprechfreude,**Sprechbeteiligung,**zuhören können,**Gefühle versprachlichen,**Informationen erfragen,**Anweisungen verstehen und ausführen…**altersangemessener Wortschatz, Deutschkenntnisse,**deutliche Aussprache,**Werden alle Laute richtig ausgesprochen?, Mundmotorik,* *Grammatikalisch richtiger Satzbau?**Stimmlautstärke, Redetempo,**zusammenhängendes, zeitlich richtiges Erzählen …* |  |
| **Motorik***Körpertonus, Körperspannung, Körperhaltung, Bewegungsfreude und -koordination, Bewegungsabläufe, Gleichgewicht, Balancieren, Einbeinstand, Beidbeinsprung vorwärts und rückwärts, Ball werfen und fangen, Treppen steigen, Hampelmann…**Händigkeit, Stifthaltung, Stiftführung, Einhalten von Begrenzungslinien, schneiden, kleben, falten, kneten, Auge-Hand-Koordination, Knöpfe schließen, Schleife binden …* |  |
| **Wahrnehmung***Berührung/Somatosensorik – Körperkontakt, Haare kämmen, Schmerzempfinden, Kitzlig…**Vestibulär-Propriozeptiv – Krabbeln, schaukeln, Karussell, Ausgleichsbewegungen. Welche Bewegungen bevorzugt das Kind?...**Visuell - Reaktion auf Licht, Blickkontakt, Farben und Formen, Augen kneifen, suchen und finden…* *Auditiv – Reaktion auf Geräusche, Richtungshören…**Olfaktorisch…**In welchen Bereichen bestehen außergewöhnliche Vorlieben oder Abneigungen?**…* |  |
| **Kognition***Mengenerfassung/Ziffernkenntnis,Mengen-Zahlzuordnung, flexibles Zählen, Abzählen, Würfelbilder erkennen, Größenvergleiche und -beziehungen, Symbolgedächtnis, Farbenkenntnis, Formenkenntnis, Namen schreiben, Aufgabenverständnis, Umweltwissen, Merken von Liedtexten, Versen, Fingerspielen, Nachsprechen von Kunstwörtern, Silben und Zahlenfolgen, Reimwörter, Oberbegriffe, Rhythmen nachklatschen…* |  |
| **Lebenspraktischer Bereich/ Praxie***erkennt Sinn von Alltagsgegenständen, kann Alltagsgegenstände korrekt anwenden, erkennt Verwendungsmöglichkeit von Spielmaterialien, hat eigene Spielideen, selbständiges An- und Ausziehen (auch Schuhe), Toilettengang, Nase putzen, Tisch decken, Essverhalten, Esskultur, Selbstorganisation und Ordnungsstrukturen, Unabhängigkeit von Bezugspersonen, Geschicklichkeit, Ausführen von Aufgaben* |  |
| **Erkennbare Stärken beim Kind***Was kann er/sie gut? Was läuft trotz aller Probleme noch gut? Womit kann man sie/ihn motivieren?…* |  |
| **bedeutsame häusliche Situation***Berufstätigkeit der Eltern, alleinerziehend oder in Scheidung lebend,* *Gesprächsbereitschaft,**Vertrauenslage,* *Konsens zwischen den Erziehungsberechtigten,**Nachmittagsbetreuung, ggf. Tod einer engen Bezugsperson,**Versorgung, Ausgeschlafensein, Verlässlichkeit zu Hause …* |  |
| **Dokumentation bisher getroffener Fördermaßnahmen im Kindergarten und außerhalb***Maßnahmen der inneren Differenzierung* *Maßnahmen der äußeren Differenzierung* *ggf. Einbezug von ambulanten Hilfenggf. Einbezug außerschulischer Partner: Jugendamt/Amt für Soziales und Versorgung**Eingliederungshilfe Sozialamt/ Jugendamt**Vereine,**Psychologische Beratungsstelle, Frühförderstelle, Sonderpädagogische Beratungsstelle**ärztliche/therapeutische Betreuung…* |  |
| **Dokumentation der****Elternarbeit***Beratung, Absprachen, Vereinbarungenzwischen Eltern/Schule/Kind**(Dokumentation aller Elterngespräche/Telefonate)* |  |

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(Eltern)*

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(Eltern)*

**Hinweis:**

**Nur bei getrennt lebenden sorgeberechtigten Eltern bitte beide Unterschriften einholen!**

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 *(Erzieher/in)*