

## Anforderung der Mobilen sonderpädagogischen Hilfe (MSH)

gemäß BayEUG Art. 22

### Allgemeine Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes			
Geburtsdatum		Konfession	

Erziehungsberechtigte <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater	Name: _____
	Anschrift: _____
	Telefon: _____
	Mail: _____

### Allgemeine Angaben zur Kindertagesstätte

Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/>	Name der Einrichtung:	Besuchsjahr	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Gruppenleitung		Gruppe	
Telefon Kita		Durchwahl Gruppe	
derzeitige Gruppenstärke			
Betreuungszeit			
Besuchte das Kind eine Krippe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → von / bis:		

### Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zum Einsatz der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe (MSH) des sonderpädagogischen Förderzentrums Bogen und erteile die Schweigepflichtentbindung zwischen der MSH und dem Kindergartenpersonal.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten (**beide Elternteile, wenn getrennt lebend**)

Hinweis: Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Angaben werden vertraulich, den Datenschutzbestimmungen entsprechend, behandelt.

## Umfeldanalyse und bisherige Maßnahmen

### Grund für die Anforderung MSH (Diagnostik, Beratung hinsichtlich ..., eventueller Förderortwechsel angedacht, ...)

⇒

### Inklusionsstatus

Das Kind besucht eine Inklusionsgruppe  ja  nein

Das Kind hat einen Inklusionsstatus  ja  nein

### Vermuteter sonderpädagogischer Förderbedarf

Lernen  Wahrnehmung  emotional-soziale Entwicklung  Sprache  Feinmotorik  Grobmotorik

### Bisherige therapeutische Maßnahmen

Frühförderung / Heilpädagogik (Zeitraum & Ansprechpartner) \_\_\_\_\_

Ergotherapie (Zeitraum & Ansprechpartner) \_\_\_\_\_

Logopädie (Zeitraum & Ansprechpartner) \_\_\_\_\_

Physiotherapie (Zeitraum & Ansprechpartner) \_\_\_\_\_

### Bisherige medizinische und sozialpädagogische Maßnahmen

Sozialpädiatrisches Zentrum / Kinderzentrum (Datum & Name) \_\_\_\_\_

Kinder- & Jugendpsychiater (Datum & Name) \_\_\_\_\_

Psychologe (Datum & Name) \_\_\_\_\_

Familienhilfe (Datum & Name) \_\_\_\_\_

Allgemeiner Sozialdienst (Jugendamt) (Datum & Name) \_\_\_\_\_

### Zusammenarbeit mit dem Elternhaus

Letztes Entwicklungsgespräch am:

Maßnahmen / Vereinbarungen bzgl. Entwicklung und / oder Fördermaßnahmen im Rahmen des Kindergartenalltags:

### Anlagen (bitte beifügen und ankreuzen)

bereits vorhandene Berichte

bereits vorhandene Gutachten

## Beobachtungen im Gruppenalltag

**Spielverhalten** (besondere Vorlieben, Rollenspiele, freies Spiel, Regelspiele, Brettspiele, beschäftigt sich alleine, ...)



**Sprache** (Mehrsprachigkeit, Sprechbereitschaft, Artikulation, Wortschatz, Satzbildung, Sprachverständnis, ...)



**Wahrnehmung und Lernen** (auditiv, visuell, sensorisch, ästhetisch, taktil, Lernmotivation, Aufmerksamkeit und Konzentration, ...)



**Motorik** (Feinmotorik, Grobmotorik, Bewegungsfreude, Bewegungsplanung, Bewegungssteuerung, ...)



**Sozialverhalten** (Kontaktverhalten, Kooperationsbereitschaft, Konfliktverhalten, Interaktion, Provokation und Trotz, Trennungsverhalten, ...)



**Selbstständigkeit** (Alltagshandlungen, Toilettengang, Durchführung von Handlungsabläufen, ...)



**Emotionale Kompetenz** (Empathiefähigkeit, Impulssteuerung, Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen, Selbstbild, ...)



**Stärken und Ressourcen**



Ort, Datum

Unterschrift der Gruppenleitung

Unterschrift der Kita-Leitung

**Albertus-Schule**

Veit-Höser-Straße 2 | 94327 Bogen | Tel. 09422/50115-0 | Fax 09422/50115-190

E-Mail: sek-albertus-schule@gmx.de | www.albertus-schule.de