|  |
| --- |
| http://intranet.ldkads.local/fileadmin/Medien/Service/Vorlagen/Vorlagen_2019/Lahn-Dill-Kreis_Logo_2019_farbig.jpg  **Fachdienst Eingliederungshilfen**  **für Menschen mit Behinderungen**  Karl-Kellner-Ring 51  35576 Wetzlar  Telefon Sekretariat 06441 407-1380  Fax 06441 407-1386 |

**Bericht der Kita**

**für den Auftrag an das vorgeschaltete Fallmanagement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name des Kindes** |  | **Geburtsdatum** |  |
| **Adresse** |  | | |

1. **Bereits diagnostizierte Behinderung/Beeinträchtigung**

1. **Besonderheiten in der Familiensituation**

1. **Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Eltern?**

1. **Welche Beobachtungen haben Sie gemacht?**
2. **Körperliche Beeinträchtigungen**

1. **Grobmotorik**

1. **Feinmotorik**

1. **Sprache und Kommunikation**

1. **Sozialverhalten**

1. **Emotionale Entwicklung**

1. **Selbständigkeit**

1. **Wahrnehmung (visuell, auditiv, vestibulär, propriozeptiv)**

1. **Kognitive Entwicklung/Lernverhalten**

1. **Spielverhalten**

1. **Sonstige Beobachtungen**

**5. Wo besteht aus Ihrer Sicht der besondere Hilfe- bzw. Förderbedarf des Kindes?**

**6. Welche Ziele verfolgen Sie mit der Integrationsmaßnahme?**

**7. Welche weiteren Maßnahmen sind zur Zielerreichung erforderlich und bei welchen  
Stellen können die Eltern Unterstützung finden?**

**8. Ansprechpartner/in der Kindertageseinrichtung und Telefonnummer**

20.04.2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Stempel der Kindertageseinrichtung | Unterschrift |