

**FÖRDERPLAN**  
(für sehgeschädigte Kinder)

Stempel der Beratungsstelle:

|   |               |
|---|---------------|
| Name, Vorname des Kindes:                     | Geburtsdatum: |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort): |               |

Das o.g. Kind benötigt gezielte Frühförderung in folgenden Bereichen:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Statomotorik                          | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten                  |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorik                           | <input type="checkbox"/> Sprache/Sprachverständnis        |
| <input type="checkbox"/> Sensomotorik                          | <input type="checkbox"/> lebenspraktische Selbständigkeit |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung/Restsinnförderung         | <input type="checkbox"/> Abbau von Verhaltensstörungen    |
| <input type="checkbox"/> visuelle Stimulation/Sehrestförderung | <input type="checkbox"/> _____                            |
| <input type="checkbox"/> basale Stimulation                    | <input type="checkbox"/> _____                            |
| <input type="checkbox"/> Spielaufbau                           | <input type="checkbox"/> _____                            |
| <input type="checkbox"/> Orientierung und Mobilität            | <input type="checkbox"/> _____                            |

Zusatzbemerkungen:

Voraussichtliche Anzahl der Fördereinheiten im Kalenderjahr 20 . . . .

Die Frühförderung wird als mobile Hausfrühförderung, ambulante Betreuung in der Pädagogischen Frühberatungsstelle und als Gruppenangebot durchgeführt.

Sie wird voraussichtlich bis zur Einschulung des Kindes erfolgen.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)