

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)