



Mellersta Österbottens social- och
hälsovårdssamkommun

Observation av fyraåringen Informationsöverföring till rådgivningen

Datum ____/____/20____

Barnets personuppgifter

Namn	Födelsetid
Dagvårdsställe/-grupp	När har barnet kommit till gruppen
Ansvarsperson/uppgiftsbenämning	Telefon/e-post

1. Barnets styrkor och intresseområden

2. Vad gör barnet glatt

3. Utveckling av rörelse- och gestaltningsförmåga

Gestaltar vårdställets dagsrytm	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> varierar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Dominerande hand	<input type="checkbox"/> höger	<input type="checkbox"/> vänster	<input type="checkbox"/> varierar
Känner igen och benämner kroppsdelar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Ritar igenkännbara saker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Klipper med sax	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Deltar gärna i rörelseaktiviteter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Lägger pussel som består av	<input type="checkbox"/> ca 12 bitar	<input type="checkbox"/> ca 20 bitar	<input type="checkbox"/> ca ____ bitar

4. Kommunikationsfärdigheterna

Leker med andra barn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Står ut med att förlora	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Kan skilja mellan rätt och fel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Knyter vänskapsförhållanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Hjälper sina kamrater	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Kan stå på sig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Lyssnar på den andra	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Har förtroende för vuxna	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Kan uppföra sig väl (hälsar, säger förlåt, var så god)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Följer gemensamma regler	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Kan förhandla om det hen vill ha	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Kan berätta små historier/kan berätta om saker som skett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Mobbning (blir mobbad):			
Mobbning (mobbar andra:)			

5. En positiv jaguppfattning

Agerar/deltar och litar på sina egna förmågor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Blir glad när något lyckas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Står ut med besvikelser	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Håller fast vid sina rättigheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Vill också agera självständigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Står ut med förbud	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Orkar försöka på nytt efter misslyckanden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu

6. Koncentrationsförmåga och exekutiva funktioner

Följer anvisningarna som hen fått	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Orkar vänta på sin tur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Koncentrerar sig på leken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Övergång från en aktivitet till en annan lyckas	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> övar	<input type="checkbox"/> inte ännu
Överkänslig mot viss stimuli (t.ex. ljud och dofter)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	

7. Övrigt behov av stöd och andra observationer (småbarnspedagogikens meddelande till rådgivningen t.ex. i fråga om språkutveckling, motorik, dagliga rutiner)

--

Vårdnadshavarnas tillåtelse

Blanketten får skickas till rådgivningen: ja nej

Rådgivningens namn: _____

Småbarnspedagogiken och rådgivningen får diskutera ärenden kring mitt barns hälsundersökning i fyraårsåldern: ja nej

Vårdnadshavarnas underskrift

Plats och datum

Plats och datum

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift av småbarnspedagogikens representant

Plats och datum

Underskrift och namnförtydligande