

SYNPUNKTER FRÅN SMÅBARNSPEDAGOGIKEN/FÖRSKOLEUNDERVISNINGEN (fylls i av dagvården)

Fyll vänligen i omsorgsfullt. Synpunkterna är viktiga för att barnets rehabiliteringsbehov och målen för rehabiliteringen ska kunna bedömas.

Datum: ___/___ 20___

Barnets namn: _____ Personbeteckning:

Daghem och telefonnummer:

Kontaktperson på daghemmet:

Gruppens storlek och åldersstruktur:

Personalen i gruppen: _____

När har barnet börjat på daghemmet?

Hur många vård dagar har barnet per månad? _____ Hur många timmar per dag?

	Ja	nej
Har det utarbetats en plan för småbarnspedagogik för barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

När har planen för småbarnspedagogik uppdaterats? _____

Har kommunen en speciallärare inom småbarnspedagogik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Är specialläraren inom småbarnspedagogik med i barnets ärenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Namnet på läraren inom småbarnspedagogik och tfn

Vilka stödåtgärder har ordnats för barnet? Anser ni att de är tillräckliga? (t.ex. assistent, gruppstorlek, effektiverat/särskilt stöd) _____

Används någon bedömningsplan och plan för inlärningsfärdigheter t.ex. Trappan, Plan för småbarnspedagogik/Förskola Vilken?

EN KORT BESKRIVNING AV DE FÖLJANDE:

1) Barnets styrkor: _____

Anledningar till oro i barnets utveckling: _____

2) Tal och förståelse, förmåga att lyssna

Muntlig framställning och berättande; mängd och tydlighet:

Förmåga att förstå muntliga anvisningar och frågor:

Användning av kommunikationsmetoder som stöder talet, t.ex. stödtecken, bilder. Ge en närmare

beskrivning: _____

3) Motorik, fin- och visuomotorik:

4) Självständighet, övergångssituationer

5) Att fungera i grupp, lekfärdigheter, saker som barnet tycker om och inte tycker om:

6) Koncentrationsförmåga (på tu man hand, i grupp), exekutiva funktioner:

7) Kommer barnet enligt din bedömning att behöva stödåtgärder i fortsättningen?

Hurudana: _____

8) Annat som bör beaktas: _____

Underskrift och namnförtydligande av den som fyllt i blanketten samt hens yrkesbenämning

Inlämning av blanketten: Med föräldrarna eller Öronpolikliniken/foniatri Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

Med samarbetshälsningar: Personalen vid foniatriska polikliniken