

**ANMÄRKNINGAR OM BARNETS TIDIGA UPPVÄXT / FÖRSKOLEUTBILDNING** (att fylla i vid daghemmet)

**Fyll i noggrant. Observationerna är viktiga i bedömningen av barnets behov av rehabilitering och målsättningar.**

Datum: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Daghem och telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Kontaktperson vid daghemmet: \_\_\_\_\_

Gruppens storlek och

åldersstruktur: \_\_\_\_\_

Personal som har hand om

gruppen: \_\_\_\_\_

När har barnet börjat på daghem? \_\_\_\_\_

Hur många dagar per månad är barnet i dagvård? \_\_\_\_\_ Hur många timmar per dag?

\_\_\_\_\_

	Jo	Nej
Har en plan för småbarnspedagogik utarbetats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

När har planen för småbarnspedagogik utarbetats? \_\_\_\_\_

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

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

Speciallärarens namn och telefonnummer

\_\_\_\_\_

Vilka stödåtgärder har barnet beviljats? Är de tillräckliga enligt er åsikt? (t.ex. assistent, anpassad gruppstorlek, effektiviserat/särskilt stöd vid förskolan)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Används någon plan för bedömning och inläring, t.ex. Päiväkoti-Portaat, Portaat, plan för småbarnspedagogik? Vilken?

\_\_\_\_\_

	hela tiden	delvis	inte alls
Använder barnet hörapparat inom dagvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Används ett FM-system inom dagvården?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I vilka situationer används FM-systemet?			

Har barnet hörselsvårigheter? Beskriv i mer detalj: \_\_\_\_\_

KORT BESKRIVNING AV FÖLJANDE SAKER:

1) Barnets styrkor: \_\_\_\_\_

2) Orosmoment relaterade till barnets utveckling:

3) Självständighet; måltider, att klä på sig, wc-besök: \_\_\_\_\_

4) Interaktion med andra barn och med vuxna: \_\_\_\_\_

5) Lekande, koncentration på att lyssna:

6) Uttryck i tal och berättande; mängd och tydlighet: \_\_\_\_\_

7) Förståelse av verbala anvisningar och frågor: \_\_\_\_\_

8) Användning av kommunikationsmetoder som stöder tal, t.ex. gester som stöd, bilder.

Beskriv noggrannare:

---

---

---

9) Rörelsefärdigheter och händernas motorik:

---

---

---

10) Kommer barnet enligt er bedömning att behöva stödåtgärder i framtiden?

---

---

11) Annat att beakta:

---

---

---

Underskrift, namnförtydligande och yrkesbeteckning för personen som fyllt i blanketten

Returnering av blanketten: Med föräldrarna eller Öronpolikliniken/Foniatri, Mariegatan 16-20, 67200 Karleby

Samarbetshälsningar: Personalen vid foniatriska polikliniken