Beratung durch das Kompetenzteam Inklusion

Teil A (Kind-abhängig: Beratung zu einem bestimmten Kind)

➔ **Schweigepflichtentbindung ausgefüllt und unterschrieben anfügen!**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Erstsprache(n)	
Kita/Tagespflegeperson	

Diagnosen:

Beteiligte Institutionen/Hilfen:

Eingliederungshilfe	ja ☐	nein ☐
ASD	ja ☐	nein ☐
Logopädie	ja ☐	nein ☐
Ergotherapie	ja ☐	nein ☐

Weitere Institutionen/Hilfen:_____

Situationsbeschreibung: (gerne in Stichpunkten)
Warum wünschen Sie sich Beratung? Was fällt dem Kind schwer? Welche Situationen sind schwierig? Bestimmte Verhaltensweisen des Kindes? Bestimmte Entwicklungsbereiche (Motorik, Kommunikation, Interaktion, etc.)?

Beratung durch das Kompetenzteam Inklusion

Teil B (Kind-unabhängig: Beratung für einzelne/mehrere päd. Fachkräfte zu bestimmten Themen)

Kita/Tagespflegeperson	

Beratungsbedarfe:

Termin:

Beratungstermin(e) für einzelne Fachkräfte	ja ☐	nein ☐
Beratungstermin(e) für mehrere Fachkräfte	ja ☐	nein ☐
Beratungstermin(e) für das ganze Team	ja ☐	nein ☐
Gestaltung einer Dienstbesprechung o.ä.	ja ☐	nein ☐

Thema:

Bestimmte Behinderungs-/Krankheitsbilder	ja ☐	nein ☐

Wenn ja, welche: _____

Raumkonzept(e)	ja ☐	nein ☐
(Tages-)ablauf	ja ☐	nein ☐
Sprachmittlung	ja ☐	nein ☐
Kulturelle Fragen	ja ☐	nein ☐

Weitere Themen/Fragestellungen/Beratungsbedarf: (gerne in Stichpunkten)