***Briefkopf der vorschulischen Einrichtung***

**Bericht der vorschulischen Einrichtung an das BFZ**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in der vorschulischen Einrichtung seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Folgende vorhandene Unterlagen (nicht älter als sechs Monate) sind beigefügt.**

**Für die Weitergabe dieser Unterlagen muss das Einverständnis der Eltern vorliegen.**

(bitte Zutreffendes ankreuzen und als Anlage beifügen)

🞎 Berichte/ Dokumentation der vorschulischen Förderung und Erziehung

🞎 Beobachtungen in der Gruppe

🞎 Protokolle/ Ergebnisse aus Elterngesprächen

🞎 Gutachten/ Klinikberichte

🞎 Förder- und Behandlungsplan der Frühförderstelle

🞎 Sonstiges:

**Beschreibung der vorschulischen Förderung bzw. Frühförderung**

**Welche räumlichen, sächlichen und personellen Anforderungen waren für die Förderung des Kindes in Ihrer Einrichtung vorhanden und welche weiteren Unterstützungssysteme waren mit einbezogen?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Leiterin/ des Leiters der vorschulischen Einrichtung

Vom zuständigen Beratungs- und Förderzentrum auszufüllen:

🞎 Aus den vorliegenden Unterlagen / Berichten ergibt sich kein Anhaltspunkt für einen möglichen Anspruch auf sonderpädagogische Förderung.

Begründung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Leiterin/ des Leiters des BFZ