3. sz. formátum

**ÁTADÓLAPOK**

Az átadó lapokat az Odú Fejlesztő Központ dolgozta ki a TÁMOP 3.1.6-11/2 Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmények fejlesztését támogató program keretében

ÁTADÓLAP

ELTÉRŐ FEJLŐDÉSŰ GYERMEKEK INTÉZMÉNYEK KÖZTI ÁTMENETÉHEZ 1.



Adatlap

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gyermek neve: | Születés helye, dátuma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Anyja neve: | Telefonszáma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Apja neve: | Telefonszáma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Lakcíme: | E-mail címe: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Háziorvos neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Szakorvos neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Védőnő neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Átadó szakember neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | A korai fejlesztést végző szakemberek neve: |  | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:

A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):

Dátum:



Családi adatok

Testvérek száma és kora:

A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:



Diagnózis/diagnózisok:



A diagnózis/diagnózisok kiállítója, helye, ideje:



Mikor, mely intézmény(ek)be járt korábban?



Milyen megsegítést kapott eddig?



Legfontosabb személyiségjellemzői:



Kommunikációjának jellegzetességei, módjai, esetleges eszközei:



Kortársakkal való kapcsolata:



Önkiszolgálásának jellemzői (szobatisztaság, öltözködés, tisztálkodás):



Evés, étkezési szokások:



Alvás:

Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek, allergiák:



Mozgás jellemzői:



Hallás jellemzői:



Látás jellemzői



Gyermek terhelhetősége:

Amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés), amivel lehet motiválni:



Amit nagyon nem szeret, amitől esetleg fél:



Amivel és ahogyan meg lehet nyugtatni:



Mennyi időt, és hol volt eddig távol a családjától:



A szülők különleges kívánságai (egyen eleget, igyon, ne hagyják egyedül, a haja mindig össze legyen fogva, stb.):

Amit fel tud(nak) ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére: (pl. az osztálynak/csoportnak szervez(nek) érzékenyítő foglalkozásokat, gyermek önállóságát segíti(k) otthoni környezetben is stb.):



Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:



Egyéb megjegyzések:

ÁTADÓLAP

AUTIZMUS SPEKTRUM ZAVARRAL ÉLŐ GYERMEKEK

ÓVODÁBA VALÓ ÁTMENETÉHEZ 2/1



**Adatlap**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Gyermek neve:** | **Születés helye, dátuma:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Anyja neve:** | **Telefonszáma:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Apja neve:** | **Telefonszáma:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Lakcíme:** | **E-mail címe:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Háziorvos neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Szakorvos neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Védőnő neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Átadó szakember neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **A korai fejlesztést végző szakemberek** |  | **Elérhetősége:** |  |
|  | **neve:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:**

**A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):**

**Dátum:**



Családi adatok

Testvérek száma és kora:

A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:



**Diagnózis(ok), kiállító intézmény, hely, idő:**



**Mely intézmény(ek)be járt korábban, mennyi ideig?**



**Milyen megsegítést kapott eddig?**



**Legfontosabb személyiségjellemzői:**

**A gyermek együttműködési készsége:**



**A gyermek kommunikációjának fő jellemzői (pl. figyel-e a nevére, érti-e a tiltó szavakat, vagy csak a tiltó testbeszédet, mutogatással kommunikál, vizuális segédeszközökkel kommunikál, hangadással, szavakkal, mondatokban beszél, „panelokat” használ):**



**Beszédértésének jellemzői (pl. csak rövid utasításokat, tőmondatokat ért meg):**



**Ha nem beszél, hogyan fejezi ki a gyermek, ha:**

**boldog:**

**mérges:**

**fáradt:**

**éhes:**

**WC-re kell mennie:**

**Kommunikációt segítő módszerek, eszközök, és tudnivalók róluk (pl.**

**napirend-kártyák, kommunikációs könyv):**



**Önkiszolgálásának jellemzői (szobatisztaság, öltözködés, tisztálkodás):**



**Evés, étkezési szokások:**



**Alvás:**



**Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek, allergiák:**

**Amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés), amivel lehet motiválni:**



**Amit nagyon nem szeret, ami idegesíti (hang, érintés), amitől esetleg fél (pl.**

**váratlan helyzetek):**



**Amivel és ahogyan meg lehet nyugtatni:**



**Mennyi időt volt eddig távol a családjától, mikor és hol?**

**A szülők különleges kívánságai (pl. próbálják bevonni a gyermeket a csoportfoglalkozásokba stb.):**



**Amit fel tud(nak) ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére: (pl. a csoportnak szervez(nek) érzékenyítő foglalkozásokat, napirendi kártyákat készít(enek), alkalmaz(nak) otthon is stb.):**



**Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:**



**Egyéb megjegyzések:**

ÁTADÓLAP

AUTIZMUS SPEKTRUM ZAVARRAL ÉLŐ GYERMEKEK

ÓVODÁBÓL ISKOLÁBA VALÓ ÁTMENETÉHEZ 2/2



Adatlap

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gyermek neve: | Születés helye, dátuma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Anyja neve: | Telefonszáma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Apja neve: | Telefonszáma: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Lakcíme: | E-mail címe: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Háziorvos neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Szakorvos neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Védőnő neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Átadó szakember neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  | A korai fejlesztést végző szakemberek neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:

A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):

Dátum:



Családi adatok

Testvérek száma és kora:

A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:



Diagnózis(ok), kiállító intézmény, hely, idő:



Mikor és mely intézmény/ek/be járt korábban, mennyi ideig?



Milyen megsegítést kapott eddig?



Legfontosabb személyiségjellemzői:

A gyermek együttműködési készsége:



A gyermek kommunikációjának fő jellemzői (pl. figyel-e a nevére, érti-e a tiltó szavakat, vagy csak a tiltó testbeszédet, mutogatással kommunikál, vizuális segédeszközökkel kommunikál, hangadással, szavakkal, mondatokban beszél, „panelokat” használ):



Beszédértésének jellemzői (pl. csak rövid utasításokat, tőmondatokat ért meg):



Ha nem beszél, hogyan fejezi ki a gyermek, ha:

boldog:

mérges:

fáradt:

éhes:

WC-re kell mennie:

Kommunikációt segítő módszerek, eszközök, és tudnivalók róluk (pl. napirend-kártyák, kommunikációs könyv):



Önkiszolgálásának jellemzői (szobatisztaság, öltözködés, tisztálkodás):



Evés, étkezési szokások:



Alvás:



Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek, allergiák:

Amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés), amivel lehet motiválni:



Amit nagyon nem szeret, ami idegesíti (pl. hang, érintés) amitől esetleg fél (pl.

váratlan helyzetek):



Amivel és ahogyan meg lehet nyugtatni:

Mennyi időt volt eddig távol a családjától, mikor és hol?



A szülők különleges kívánságai (pl. próbálják bevonni a gyermeket a csoportfoglalkozásokba stb.):



Amit fel tud ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére: (pl. az osztálynak/csoportnak szervez(nek) érzékenyítő foglalkozásokat, napirendi kártyákat készít(enek), alkalmaz(nak) otthon is stb.):



Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:



Egyéb megjegyzések:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ÁTADÓLAP |
|  |  | HALLÁSSÉRÜLT GYERMEKEK ÓVODÁBA VALÓ ÁTMENETÉHEZ 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Adatlap |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Gyermek neve: | Születés helye, dátuma: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Anyja neve: | Telefonszáma: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Apja neve: | Telefonszáma: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | Lakcíme: | E-mail címe: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Háziorvos neve: | Elérhetősége: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Szakorvos neve: | Elérhetősége: |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Védőnő neve: | Elérhetősége: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Átadó szakember neve: | Elérhetősége: |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | A korai fejlesztést végző szakemberek neve: |  | Elérhetősége: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |



Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:

A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):

Dátum:



**Családi adatok**

Testvérek száma és kora:



A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:



**Diagnózis(ok), kiállító intézmény(ek), hely, idő:**



**Mely intézmény(ek)be járt korábban, mikor?**



**Milyen megsegítést kapott eddig?**



**Legfontosabb személyiségjellemzői:**

**Önkiszolgálásának jellemzői (szobatisztaság, öltözködés, tisztálkodás):**



**Evés, étkezési szokások, esetleges eszközök:**



**Alvás:**



**Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek:**



**Hallásának jellemzői**

A hallássérülés mértéke:

Hallókészüléket használ-e?

**A gyermek kommunikációjának fő jellemzői: (pl: figyel-e a nevére, érti-e a tiltó szavakat, vagy csak a tiltó testbeszédet, szájról olvas, mutogatással kommunikál, hangadással, szavakkal, mondatokban beszél, jelnyelvet használ)**



**Ha nem beszél, hogyan fejezi ki a gyermek, ha:**

boldog:

mérges:

fáradt:

éhes:

WC-re kell mennie:



**Egyéb befolyásoló tényezők: (például: ültetés, utasítások bonyolultsága, mik jelentenek veszélyt számára, fáradékonyság, egyéb társuló problémák pl.: disphasia stb.)**



**A hallássérült gyermekkel való beszéd jellemzői: (A megfelelő választ kérjük X-el jelölje! Egyszerre több is választható!)**

* természetes, nem túlzott artikuláció
* normál beszédtempó és hangerő, nem túl nagy! (torzíthat a készülék)

* dallamos hanglejtés Egyéb:



**Amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés):**



**Amit nagyon nem szeret, amitől esetleg fél:**



**Amivel és ahogyan meg lehet nyugtatni:**



**Mennyi időt volt eddig távol a családjától, mikor és hol?**

**A szülők különleges kívánságai (egyen eleget, igyon, ne hagyják egyedül, a haja mindig össze legyen fogva, stb.):**



**Amit fel tud(nak) ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére: (pl. a csoportnak szervez(nek) érzékenyítő foglalkozásokat, szakemberek által javasolt kommunikációt segítő módszereket alkalmaz(zák) otthoni környezetben is stb.):**



**Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:**



**Egyéb megjegyzések:**

**Kiegészítő információ hallókészüléket használó gyermekek esetében**



**Hallókészülék jellemzői**

Típusa:

Mióta van?

Használja-e?

Tűri-e?

Önállóan tudja-e használni?

Hallókészülékkel a gyermek hallása milyen mértékű?

Egyéb:

Tudnivalók a hallókészülék használatáról:

A hallókészülék biztosítja a megfelelő hallást, ezért nélkülözhetetlen a beszédfejlődéshez.

A készüléket szárazon és tisztán kell tartani, ez a szülő feladata.

A gyermek intézménybe érkezése után ellenőrizze a készüléket, hogy be van-e kapcsolva! Vegye ki, tegye a füléhez, ha sípol, azt jelzi, jól működik.

Ha a készülék a gyermek fülében sípol, igazítsa meg az illesztéket!

Ha ütés éri a fület (pl.: odaszáll egy labda) a készülék felsértheti a hallójáratot. Ilyenkor vegye ki a készüléket, állítsa el a vérzést. Amíg a seb nem gyógyul be, ne tegye vissza a készüléket.

A gyermek hallókészülékét alváskor vegye le, kapcsolja ki, tegye biztos helyre! Alvás után a szülő által megmutatott módon tegye vissza a gyermek fülébe, majd kapcsolja be.



Egyéb:



Hogyan jelez, milyen magatartásváltozást mutat a gyermek, amikor esetleg elromlott a készüléke (lemerült az elem)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ÁTADÓLAP |
|  |  | LÁTÁSSSÉRÜLT GYERMEKEK ÓVODÁBA VALÓ ÁTMENETÉHEZ 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Adatlap** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Gyermek neve:** | **Születés helye, dátuma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Anyja neve:** | **Telefonszáma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Apja neve:** | **Telefonszáma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Lakcíme:** | **E-mail címe:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Háziorvos neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Szakorvos neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Védőnő neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Átadó szakember neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **A korai fejlesztést végző szakemberek** |  | **Elérhetősége:** |
|  |  | **neve:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



**Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:**

**A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):**

**Dátum:**



**Családi adatok:**

**Testvérek száma és kora:**

**A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:**



**Diagnózis(ok), kiállító intézmény(ek), hely, idő:**



**Mikor és mely intézmény(ek)be járt a gyermek korábban:**



**Milyen megsegítést kapott eddig:**



**Legfontosabb személyiségjellemzői:**



**A gyermek együttműködési készsége:**



**A gyermek kortársakkal való kapcsolata:**



**A gyermek kommunikációjának fő jellemzői: (pl. gesztusokkal, hangadással, szavakkal, mondatokban beszél, „panelokat” használ)**



**Beszédértésének jellemzői (pl. csak rövid utasításokat, tőmondatokat ért meg):**



**Ha nem beszél, hogyan fejezi ki a gyermek, ha:**

**boldog:**

**mérges:**

**fáradt:**

**éhes:**

**WC-re kell mennie:**



**Kommunikációt segítő módszerek, eszközök, és tudnivalók róluk:**

**MI az, amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés), amivel lehet motiválni:**



**Mi az, ami számára zavaró, idegesítő, esetleg amitől fél (pl. hang, érintés):**



**Hogyan lehet őt megnyugtatni:**



**Milyen típusú játékokba, feladatokba lehet a legkönnyebben bevonni (pl.**

**körjátékok):**



**Milyen típusú játékokba, feladatokba lehet a legkevésbé bevonni (pl.**

**szerepjátékok):**



**Önkiszolgálásának jellemzői (WC-használat, öltözködés, tisztálkodás):**



**Önállóan közlekedik-e, ha nem, milyen segítségre van szüksége:**



**Szükséges átalakítások a gyermek környezetében (pl. tárgyak elhelyezése, megvilágítás):**



**Látás jellemzői (látássérülés mértéke, esetleg szembetegség jellemzői):**



**Szemüveg használat:**



**Evés, étkezési szokások:**

**Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek, allergiák:**



**Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:**



**A szülők különleges kívánságai (pl. a gyermek egyéni megsegítése a számára nehéz feladathelyzetekben stb.):**



**Amit fel tud(nak) ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére (pl. a csoportnak szervez(nek) érzékenyítő foglalkozásokat, gyermek önállóságát otthoni környezetben is támogatják):**



**Egyéb megjegyzések:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ÁTADÓLAP |
|  |  | MOZGÁSSÉRÜLT GYERMEKEK ÓVODÁBA VALÓ ÁTMENETÉHEZ 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Adatlap** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Gyermek neve:** | **Születés helye, dátuma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Anyja neve:** | **Telefonszáma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Apja neve:** | **Telefonszáma:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Lakcíme:** | **E-mail címe:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Háziorvos neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Szakorvos neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Védőnő neve:** | **Elérhetősége:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Átadó szakember neve:** | **Elérhetősége:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **A korai fejlesztést végző szakemberek** |  | **Elérhetősége:** |
|  |  | **neve:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



**Az átadást segítő dokumentum elkészítésének oka:**



**A dokumentumot készítette (lehetőleg a szakemberek és a szülők együtt töltsék ki!):**



**Dátum:**



**Családi adatok:**

**Testvérek száma és kora:**

**A gyermek gondozásában résztvevő családtagok:**



**Diagnózis(ok), kiállító intézmény(ek), hely, idő:**



**Mikor és mely intézmény(ek)be járt a gyermek korábban?**



**Milyen megsegítést kapott eddig?**



**A gyermek legfontosabb személyiségjellemzői:**



**A gyermek együttműködési készsége:**

**A gyermek kortársakkal való kapcsolata:**



**A gyermek beszédének, kommunikációjának fő jellemzői: (pl. gesztusokkal, hangadással, szavakkal, mondatokban beszél, „panelokat” használ, disarthriás)**



**Ha nem beszél, hogyan fejezi ki, ha:**

**boldog:**

**mérges:**

**fáradt:**

**éhes:**

**WC-re kell mennie:**



**Kommunikációját segítő módszerek, eszközök, és tudnivalók róluk:**

**Hallásának jellemzői:**



**Látásának jellemzői:**



**Mozgásának jellemzői:**



**Ajánlott testhelyzetek:**



**Segédeszközök és használatuk:**



**Gyermek terhelhetősége:**



**Nem ajánlott testhelyzetek, mozgásformák:**



**Mi az, amit, akit nagyon szeret (személy, tárgy, időtöltés), amivel lehet motiválni?**



**Mi az, ami számára zavaró, idegesítő, esetleg amitől fél (pl. hang, érintés)?**



**Hogyan lehet őt megnyugtatni?**

**Milyen típusú játékokba, feladatokba lehet a legkönnyebben bevonni (pl. körjátékok)?**



**Milyen típusú játékokba, feladatokba lehet a legkevésbé bevonni (pl. szerepjátékok)?**



**Önkiszolgálásának jellemzői (WC-használat, öltözködés, tisztálkodás):**



**Önállóan közlekedik-e, ha nem, milyen segítségre van szüksége?**



**Szükséges átalakítások a gyermek környezetében (pl. tárgyak elhelyezése, kapaszkodók):**



**Evés, étkezési szokások, speciális eszközök (pl. hajlított kanál, kivágott pohár):**



**Egészségügyi szükségletek, betegségek, gyógyszerek, allergiák:**



**Az előző év fejlesztési tervének főbb céljai:**



**A szülők különleges kívánságai (pl. a gyermek egyéni megsegítése a számára nehéz feladathelyzetekben stb.):**



**Amit fel tud(nak) ajánlani a szülő(k) a gyermek fejlődésének, integrációjának megsegítésére (pl. a csoportnak érzékenyítő foglalkozásokat szervez(nek), gyermek önállóságát otthoni környezetben is ösztönzik):**



**Egyéb megjegyzések:**