Ich-Bogen Ferienspatz

Teilnahme an folgenden Angeboten:

- 20.10. Irrland Kevelaer
- 21.10. Allwetterzoo Münster
- 22.10. Movie Park
- 27.10. Bubenheimer Spieleland
- 28.10. Ketteler Hof

Ansprechpartner*in (auch während des Angebotes erreichbar)

Vorname + Name: _____

Beziehung zum Kind (Elternteil, Erzieher*in in Einrichtung, Großeltern, etc.):

_____

Telefon-/Handy-Nr. 1: _____

Telefon-/Handy-Nr. 2: _____

E-Mail: _____

Teilnehmer*in

Vorname + Name: _____

Geburtsdatum: _____

Medizinische Angaben

Angaben zur Behinderung/ Grunderkrankungen/ weitere gesundheitliche Einschränkungen:

_____

_____

_____

Mobilität: O gut O eingeschränkt O mit Gehhilfe O mit Rollstuhl

Sehvermögen: O gut O eingeschränkt O nutzt eine Sehhilfe

Hörvermögen: O gut O schwerhörig O taub/ an Taubheit grenzend

Hörhilfe: O Hörgerät O Cochlea Implantat O Knochenleitgerät

Sprech-/ Sprachvermögen: O gut O eingeschränkt O nonverbal

Kommunikationsform: O Lautsprache (Deutsch) O Gebärdensprache (DGS)

O Lautsprache mit unterstützenden Gebärden O Talker

O andere Kommunikationsform: _____

Liegt eine Anfallserkrankung vor (Epilepsie)? O Ja O Nein

Wann war der letzte epileptische Anfall? _____

Notfallmedikament? O Ja O Nein

Liegt Diabetes vor? O Ja O Nein

Notfallmedikament? O Ja O Nein

Diät? Verbotene Lebensmittel? _____

Liegt eine Allergie (z. B. Nüsse, Bienen, etc.) vor? O Ja O Nein

Wenn ja, wogegen? _____

Notfallmedikament? O Ja O Nein

Sind Hilfestellungen beim Toilettengang nötig? O Ja O Nein

Wenn ja: O Aufforderung/ Erinnerung O Begleitung O wickeln

Sind Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme/ Trinken erforderlich? O Ja O Nein

Wenn ja: O Aufforderung/ Erinnerung O Anreichung

Soziale Angaben

Kann ihr Kind sich selbständig an fremden Orten orientieren? O Ja O Nein

Findet ihr Kind sich in Gruppen zurecht? O Ja O Nein O Mit Hilfestellung

Was sollten wir im Umgang in Gruppen beachten?

_____

_____

_____

Besteht die Gefahr des „Weglaufens“? O Ja O Nein

Persönliche Angaben

Was hilft ihrem Kind, wenn es traurig, wütend oder überfordert ist?

_____

_____

_____

Woran erkennen wir, dass es ihrem Kind nicht gut geht?

_____

_____

_____

Hat ihr Kind besondere Abneigungen/ Ängste? O Ja O Nein

wenn ja, welche und wie kann drauf reagiert werden:

_____

_____

_____

Reagiert ihr Kind in manchen Situationen aggressiv? O Ja O Nein

wenn ja: O verbal-aggressiv O autoaggressiv O körperlich-aggressiv

O Fremd-aggressiv

Was sind die auslösenden Faktoren und wie kann drauf reagiert werden?

_____

_____

_____

Das sollten wir über ihr Kind noch wissen:

Was mag ihr Kind besonders gerne? _____

Was motiviert ihr Kind? _____

Was beruhigt ihr Kind? _____

Worauf ist ihr Kind stolz? _____

Gibt es sonst noch etwas, das wir wissen müssen?

_____

_____

_____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Erziehungsberechtigte*r