|  |  |
| --- | --- |
| **INDSTILLING TILSTØTTERESSOURCER***Forstærket pædagogisk indsats i dag-, fritids- og klubtilbud* |  |
|  |  |
| **Dagtilbud/SFO/FU** |
| **Tilbuddets navn** |  |  | **Pædagogisk leder** |  |
| **Afdelingens navn** |  |  | **Telefon** |  |
| **Adresse** |  |  | **E-mail** |  |
|  | **DT-leder/SFO-leder/FU-leder** |  |
|  |
| **Oplysninger om barnet/den unge** |
| **Navn** |  |  | **Adresse** |  |
| **Cpr-nr.** |  |  |
|  |
| **Oplysninger om forældremyndighedsindehaver(-e)** |
| **Navn** |  |  | **Adresse** |  |
| **Cpr-nr.** |  |  |
|  |
| **Forældremyndighedsindehaver** *(sæt kryds)* |  | **Ja** |  | **Nej** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Navn** |  |  | **Adresse** |  |
| **Cpr-nr.** |  |  |
|  |
| **Forældremyndighedsindehaver** *(sæt kryds)* |  | **Ja** |  | **Nej** |  |
| Navn |  | CPR-nummer |
| **Søskende** |
| **Barnet er nr.**  |  | **af** |  | **søskende** |
|  |  |  |
| **Sprog i hjemmet** |
| **Er tolk nødvendig?** *(sæt kryds)* |  | **Ja** |  | **Nej** |  |
|  |  |  |
| **Barnets funktionsniveau og evt. diagnoser** |
| **Beskriv barnets vanskeligheder** |  |
|  |
| **I hvilke sammenhænge forekommer de hyppigst?** |  |
|  |  |  |
| **Barnet/den unges forhold til andre børn og voksne** |  |
|  |  |  |
| **Barnets/ den unges kommunikative færdigheder** |  |
|  |  |  |
| **Beskrivelse af barnets/ den unges ressourcer og relationer** |
| **Barnets/ den unges styrkesider** |  |
|  |  |  |
| **Oplysninger vedr. Trivselsmøde/Specialcentermøde** |
| **Dato for afholdt Trivselsmøde/Specialcentermøde** |  |
|  |  |  |
| **Hvilke tiltag har været drøftet?** |  |
|  |  |  |
| **Hvordan er barnets/ den unges hverdag struktureret?** |  |
|  |  |  |
| **Hvilken pædagogik profiterer barnet/ den unge af?**  |  |
|  |  |  |
| **Hvis der er givet special-pædagogisk vejledning: Hvilke elementer er implementeret?***(Referater SKAL vedlægges som bilag)* |  |
|  |  |  |
| **Bruges der speciale systemer omkring barnet/ den unge** *(fx visuelt støttesystem)* (*sæt kryds)* |  | **Ja** |  | **Nej** |  |
|  |  |  |
| **Hvis nej: Er der overvejelser om sådanne?** |  |
|  |  |  |
| **Oplysninger fra dagtilbud** |
| **Modul** *(sæt kryds)* |  | **Fuld tid** |  | **Deltid** |  |
|  |  |  |  |
| **Hvor mange timer ugentligt benytter barnet sit pasningstilbud?** |  |
|  |
|  |  |  |
| **Oplysninger fra SFO/klub** |
| **Hvor mange timer ugentligt benytter barnet/ den unge sit pasningstilbud?** |  |  |
|  |  |
| **Benytter barnet morgenåbning i SFO?** | **Ja** |  | **Nej** |  |
|  |  |  |
| **Hvordan er fremmødet i ferierne?** |  |  |
|  |  |  |
| **Kort beskrivelse af børnegruppe og medarbejdergruppe** |
| **Hvilken kontakt indgår barnet/den unge i?** |  |
|  |  |  |
| **Antal børn eller unge i gruppen/på stuen, som får støtteressourcer fra PPRs pulje** |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Institutionens samarbejdspartnere** *(sæt kryds)* |
| **Institut for Kommunikation og Handicap (IKH)** |  |  | **PPR: Talepædagog, psykolog, specialpædagog** |  |
| **Socialcenter, Familiecentret** |  |  | **Basisteam** |  |
| **Hospital, Børne-og Ungdomspsykiatrisk Afdeling** |  |  |  |
| **Andre** *(hvem?)* |  |
|  |  |  |
| **Hvordan forventes ressourcerne anvendt?** |
| **Konkret handleplan med beskrivelse af pædagogiske tiltag ud fra trinmodellen.** **Trin 1 indsats for hele gruppen. Trin 2 indsats for barnet/den unge i gruppen.****Trin 3 evt. indsats for barnet/den unge uden for gruppen. Beskriv delmål og succeskriterier** |  |
|  |  |  |
| **Andre relevante oplysninger** |
| **Andre relevante oplysninger** |  |
|  |  |  |
| **Dato og underskrift** |
| **Udfyldt af** |  |
|  |
|  |  |
| *Dato* |  | *Underskrift DT-leder, SFO-leder eller FU-leder* |
|  |
| Skemaet udfyldes, underskrives og sendes sammen med forældreskemaet til stoetteressourcer@mbu.aarhus.dk.Husk at forældrene skal være orienteret om indholdet i dette skema.Hvis du har spørgsmål til udfyldelsen, er du velkommen til at kontakte PPR på telefon 8940 3777. |