

Liebe Erziehungsberechtigten,

die Universität Oldenburg bietet eine inklusiv ausgerichtete Ferienbetreuung an. Wir möchten allen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen einen Zugang zu unserem Betreuungsangebot ermöglichen und kein Kind aufgrund eines besonderen Bedarfs ausschließen. Um die volle Teilhabe eines jeden Kindes zu gewährleisten, benötigen wir Ihre Hilfe, um den individuellen Unterstützungsbedarf einzuschätzen zu können.

Durch das Ausfüllen dieses Anmeldebogens erhalten wir erste Informationen zu Ihrem Kind, die als Grundlage für ein anschließendes persönliches Gespräch mit Ihnen dienen. Sie helfen uns damit bei der pädagogischen Vorbereitung und der anschließenden Planung des Unterstützungsbedarfs während der Ferienbetreuung.

Trotz größtmöglicher Bemühung, die Ferienbetreuung so barrierearm wie möglich zu gestalten und geeignete finanzielle, pädagogische und sächliche Ressourcen bereitzustellen, ist es dennoch nicht auszuschließen, dass Anmeldungen in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden müssen, aufgrund von unüberwindbaren Barrieren in Hinblick auf das Kindeswohl.

Kontaktdaten des/der Erziehungsberechtigten

Vor- und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Informationen über Ihr Kind

Vor- und Nachname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: _____ Jahre

Größe/Gewicht: _____ cm _____ Kg

Geschwister Ja Nein

Welche Dinge oder Aktivitäten kann Ihr Kind besonders gut oder was macht ihm/ihr besonderen Spaß? Hier dürfen gerne mehrere Dinge oder Aktivitäten eingetragen werden!

Besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?

- Regelkindergarten inklusiver/integrativer Kindergarten Förder-/Sonderkindergarten
 Regelschule inklusive/integrative Schule Förderschule
 Tagesbildungsstätte Sonstige _____

Kontaktdaten der Einrichtung (Anschrift/Telefon):

Bitte ordnen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes einem oder mehreren Bereichen zu.

- Körperliche und motorische Entwicklung Geistige Entwicklung
 Emotionale und soziale Entwicklung Autismus
 Sehen Hören Sprache Lernen

Bitte beschreiben Sie kurz die Beeinträchtigung:

Bitte kreuzen Sie in den nachfolgenden fünf Kategorien (auf dieser und der nächsten Seite) nur die Bereiche an, in denen eine Beeinträchtigung vorliegt.

Wahrnehmung:

- Sehen Hören Fühlen Schmecken Riechen

Motorik:

- Grobmotorik Feinmotorik

Mobilität:

- Körperposition ändern Gegenstände bewegen/tragen/nutzen
 Gehen/Fortbewegung

Selbstversorgung:

- Nahrungsaufnahme: Essen Trinken
 Hygiene: sich waschen Toilette benutzen
 sich an/ausziehen

Sozialverhalten:

- Beziehungen zu Erwachsenen Beziehungen zu Kindern
 Weglauftendenz
 andere erhebliche Beeinträchtigung des Verhaltens _____

Tritt selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten auf?

- selbstgefährdendes Verhalten fremdgefährdendes Verhalten

Falls zutreffend, in welchen Situationen tritt das Verhalten auf?

- unbekanntem/ungewohnten bekannten/gewohnten
 anderen Situationen _____

Wie schätzen Sie den Unterstützungsbedarf Ihres Kindes in nachfolgenden Situationen ein?

Freie Spielsituationen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung <input type="checkbox"/> dauerhafte Unterstützung
Geleitete Aktivitäten (Morgenkreis, Sport- und Spielangebote)	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung <input type="checkbox"/> dauerhafte Unterstützung
Frühstück/Mittagessen	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung <input type="checkbox"/> dauerhafte Unterstützung
Ausflüge	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich <input type="checkbox"/> gelegentliche Unterstützung <input type="checkbox"/> dauerhafte Unterstützung

Welche Kommunikationswege nutzt Ihr Kind?

- Kind versteht gesprochene Sprache: vollständig teilweise nicht
 Kind nutzt gesprochene Sprache: vollständig teilweise nicht
 Kind versteht nonverbale Signale: vollständig teilweise nicht
 Kind nutzt nonverbale Signale: vollständig teilweise nicht

- Sonstiges _____

Welche der folgenden technischen Hilfsmittel werden während der Ferienbetreuung verwendet?

- Elektrischer Rollstuhl/manueller Rollstuhl:
 ■ Länge x Breite _____
- Gehhilfe
 Sehhilfe
 Hörhilfe
 Elektronische Kommunikationshilfe
 Barrierefreie Sanitäräume

- Inkontinenzprodukte
- Prothesen/Orthesen
- Sonstiges _____

Innenraumbedingungen

Sind bestimmte Licht-, raumklimatische- oder akustische Bedingungen erforderlich?

Ist es notwendig medizinische Substanzen im Rahmen der Betreuungszeit zu verabreichen?

- Nein
 - Ja, welche und wie werden diese verabreicht? _____
-

Sind weitere gesundheitliche Aspekte zu beachten (z. B. Krankheiten, Allergien, Diäten, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sonstiges)?

Schätzen Sie bitte den vollständigen individuellen Unterstützungsbedarf während der gesamten Betreuungszeit ihres Kindes ein.

- nicht nötig
- teilweise nötig
- größtenteils nötig
- dauerhaft nötig

Anmerkungen oder Ergänzungen:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!