Revurdering og genindstilling til støtteressourcer

Forstærket pædagogisk indsats i dag-, fritids - og klubtilbud

|  |
| --- |
| Barnets navn og cpr-nr.:  |
| Tilbuddets navn: |
| Afdelingens navn: |

Revurdering og genindstilling til støtteressourcer

Forstærket pædagogisk indsats i dag-, fritids- og klubtilbud

|  |
| --- |
| **Seneste bevillingsperiode** |
| Fra: | Til: |
| Antal timer: |
| Hvor mange timer om ugen benytter barnet sitpasningstilbud? |

|  |
| --- |
| **Dagtilbud/SFO/FU** |
| Navn og afdeling: |
| Adresse: |
| Navn på pædagogisk leder:  | E-mail:Telefon: |
| DTL/SFOleder/FUleder: |
| **Barnet/Den unge** |
| Navn: |
| Adresse: |
| Cpr-nummer: |
| **Forældreoplysninger**  |
| Navn:  |
| Adresse: |
| Forældremyndighedsindehaver (Sæt kryds x): Ja: Nej:  |
|  |
| Navn: |
| Adresse: |
| Forældremyndighedsindehaver (Sæt kryds x): Ja: Nej:  |
| **Søskende** |
| Barnet/den unge er nr. af søskende  |
| **Sprog i hjemmet** |
| Er tolk nødvendig (Sæt kryds x): Ja: Nej:  |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse af barnets udfordringer/problematikker/diagnoser** |
|  |

|  |
| --- |
| **Kort beskrivelse af Børnegruppe og personalegruppe** |
| Hvilken kontekst indgår barnet/den unge i (Børnegruppe: alder/kontinuitet, voksne: normering/kontinuitet)? |
| Fungerer institutionen med (Sæt kryds x): Funktionsopdeling: Gruppeopdeling: Andet:  |
| Antal børn eller unge i gruppen, som får specialpædagogisk støtte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Institutionens samarbejdspartnere** |
| (Sæt kryds x): Institut for kommunikation og handicapBasisteamPPR talepædagog/psykolog/specialpædagogHospital/ Børne- og Ungdomspsykiatrisk AfdelingSocialcenter/ Handicapcenter for børnAndre: |

|  |
| --- |
| **Anvendelse af støtteressourcerne hidtil** |
| Beskriv støtteressourcens anvendelse i tildelingsperioden(Fx hvem har varetaget opgaven: uddannet personale/uuddannet personale? Er timerne/indsatsen fordelt over flere personer? Kontaktpersonens rolle? Hvilke særlige fokusområder har medarbejderne haft i forhold til barnet?) |
| Beskriv hvordan medarbejderne kompetenceudvikles i forhold til opgaven (Specialpædagogisk grundkursus, læringsforløb, supervision el. lign.) |
| Hvordan fungerer det udvidede forældresamarbejde i forbindelse med tildelingen af støtteressourcer? |

|  |
| --- |
| **Beskrivelse af barnets/den unges udvikling i bevillingsperioden** |
| Beskriv barnets/den unges udvikling i tildelingsperioden (med styrkesider, forhold til andre børn og voksne, jævnaldrendes forhold til barnet/den unge, følelsesmæssig udvikling, kommunikative og sproglige færdigheder) |
| Hvilke tegn på forandringer ses i forhold til sidste vurdering (udover den almindelig forventede udvikling)? |

|  |
| --- |
| **Specielt for SFO** |
| Hvordan samarbejder SFO med skoledelen? |
| Udarbejdes der fælles handleplaner for skoledel og SFO? (Sæt kryds x):Ja: Nej:  |
| Specialklassebørn:Udarbejdes statusskemaet for specialklasser i samarbejde m. SFO? (Sæt kryds x):Ja: Nej:   |

|  |
| --- |
| **Plan for anvendelse ved ny tildeling af støtteressourcer** |
| Konkret handleplan med beskrivelse af pædagogiske tiltag, fokusområder, delmål og succeskriterier |

|  |
| --- |
| **Andre relevante oplysninger** |
|  |

|  |
| --- |
| **Leders underskrift** |
| Dato:Udfyldt af:Underskrift DT-Leder/SFO-leder/FU-leder: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Eventuelle bemærkninger fra forældremyndighedsindehaver(e)** |
| **Dato og underskrift forældremyndighedsindehaver(e):****-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

Skemaet udfyldes, underskrives og fremsendes elektronisk til PPR på mail: stoetteressourcer@mbu.aarhus.dk

Har du spørgsmål til udfyldelsen, er du velkommen til at kontakte konsulent Asger Hartvig Pedersen på mail: ahp@aarhus.dk