

Anlage 10 zum Rahmenvertrag zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder in Interdisziplinären Frühförderstellen in Bayern vom 19. Mai 2006 in der Fassung vom 1. Juli 2011

An den Kostenträger

Frühförderstelle

Abschlussempfehlung mit Förderhinweis gemäß Nr. 3.4. der „Gemeinsamen Vollzugshinweise“

Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Bisherige Behandlungsschwerpunkte:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grobmotorik | <input type="checkbox"/> Kommunikation, Sprache und Sprechverhalten |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Emotionalität |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> Sozialverhalten |
| <input type="checkbox"/> Kognition | <input type="checkbox"/> Selbstständigkeit |
| <input type="checkbox"/> Spiel- und Lernverhalten | <input type="checkbox"/> alltagspraktische Fähigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Hören/ Sehen | |

Grund der Beendigung und Abschlussempfehlung:

Abmeldung zum:

- Grund der Beendigung:
- Kind wird eingeschult
 - Kind besucht eine SVE/ HPT
 - Kind besucht eine KiTa, Integrationsplatz in KiTa, FF als Komplexleistung ist derzeit nicht notwendig
 - FF als Komplexleistung ist derzeit nicht mehr notwendig
 - FF wird auf Wunsch der Eltern beendet
 - Familie ist umgezogen
 - andere Gründe:.....

Für das Kind besteht aus Sicht der interdisziplinären Frühförderstelle

- kein weiterer Förderbedarf**
- weiterhin Förderbedarf in den folgenden Entwicklungsbereichen:**

<input type="checkbox"/> Grobmotorik	<input type="checkbox"/> Kommunikation, Sprache und Sprechverhalten
<input type="checkbox"/> Feinmotorik	<input type="checkbox"/> Emotionalität
<input type="checkbox"/> Wahrnehmung	<input type="checkbox"/> Sozialverhalten
<input type="checkbox"/> Kognition	<input type="checkbox"/> Selbstständigkeit
<input type="checkbox"/> Spiel- und Lernverhalten	<input type="checkbox"/> alltagspraktische Fähigkeiten
<input type="checkbox"/> Hören/ Sehen	

Bemerkungen / Sonstiges:

(z.B. empfohlene oder geplante weiterführende Einrichtung, Maßnahmen)

.....
Datum

.....
Unterschrift / Stempel