



Beobachtung des aktuellen Entwicklungsstandes zur U 7a

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Name des Kindergartens:

Datum:

beurteilt von: Erzieher/-in:

anderer Person:

	Ja	Nein
1. Kann Ihr Kind ein fast gefülltes Wasserglas vom Tisch aufnehmen, damit ca. 3 m laufen, ohne etwas zu verschütten oder das Gleichgewicht zu verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kann Ihr Kind alternierend (im Erwachsenenschritt, einen Fuß auf jeder Stufe) eine Treppe herabsteigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kann Ihr Kind einen Doppelauftrag befolgen, z.B. "Leg die Puppe schlafen und mach die Tür zu"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Spricht Ihr Kind beim Spielen vor sich hin, führt Selbstgespräche oder spricht mit dem Spielzeug, dabei müssen die Sätze nicht unbedingt verständlich sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Puzzelt Ihr Kind einfache Lege- oder Puzzelspiele aus mindestens 2-3 Teilen, dabei probiert es aus, dreht die Teile, verschiebt sie, bis es passt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Spielt Ihr Kind „Als-ob“ Spiele (Symbolspiele), d.h. es spielt mit Lego, Puppen oder Playmobil über längere Zeit (mindestens 15 Minuten) Alltagsszenen nach, z.B. Bauernhof, Polizei, Einkaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Freut sich Ihr Kind über Lob und Anerkennung, es zeigt deutliche Freude, wenn es von einem Erwachsenen für gutes Benehmen, die Erledigung eines Auftrages oder eine besondere Leistung gelobt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Spielt Ihr Kind gemeinsam mit anderen Kindern, wenigstens über einen Zeitraum von 5 Minuten. Die Kinder sprechen dabei miteinander, tauschen Gegenstände aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Spricht Ihr Kind von sich selbst als „ich“, wenn es von sich selbst spricht und verwendet dabei nicht mehr seinen Vor- oder Kosenamen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Kann sich Ihr Kind für einige Stunden von der Haupt Bezugsperson trennen, wenn es in dieser Zeit von einer vertrauten Person (Großeltern, Babysitter, Kintertageseinrichtung) betreut wird, auch außerhalb seines Zuhauses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kann Ihr Kind gut mit Misserfolg umgehen, bemüht es sich, auch wenn es etwas nicht schafft weiter, bittet es um Hilfe oder lässt es sich mit anderen Dingen ablenken. Enttäuschung und Ärger treten nur kurz auf und das Kind beruhigt sich schnell wieder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Begrüßt Ihr Kind seine Eltern, d.h. es freut sich die Eltern zu sehen, geht auf sie zu und erzählt vielleicht etwas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hat Ihr Kind eine altersgemäße Ausdauer, d.h. z.B. wenn es etwas Neues ausprobieren oder etwas macht, was es noch nicht gut kann, gibt es dabei nicht zu leicht auf und probiert es mehrfach aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Kind ein angemessenes Aktivitätsniveau, d.h. das Kind zeigt einen angemessenen Wechsel zwischen Bewegungsdrang (wilde Spiele, Herumtoben oder Laufen) und Ruhe (ruhigen Spielen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Zahlenfolge ist nicht numerisch, sondern entspricht unserer internen Aufgabenstellung!

Beobachtungen oder Auffälligkeiten beim Kind:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!