

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

## Basis Observatieformulier

### Gegevens kind

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Geslacht jongen  / meisje

Geboorteland kind:

Kind woont bij vader en moeder  / vader  / moeder  / anders

Aantal kinderen: Plaats in kindertijd:

Land van herkomst ouders:

Ouders zijn in Nederland sinds:

Welke taal (talen) wordt thuis gesproken Nederlands  / anders, namelijk

Vanaf welke leeftijd ( jaar en maand) bezoekt het kind de speelzaal/kinderdagverblijf:

Aantal dagdelen per week:

Bezoekt het kind nog een andere voorschoolse voorziening nee  / ja

Speciale wensen m.b.t. eten ( vb vegetarisch/ halal):

### Gegevens speelzaal/kinderdagverblijf

Naam speelzaal/dagverblijf:

Adres en telefoonnummer:

Observatie ingevuld door:

Datum 1<sup>ste</sup> afname

Leeftijd kind:

Datum 2<sup>e</sup> afname:

Leeftijd kind:

Extra uitgebreide observatie nee  / ja, op datum:

### Bijzonderheden (indien relevant voor schoolsituatie m.b.t.)

Gehoor

Gezichtsvermogen

Allergie

Gezinsituatie

Medicijngebruik

Geboorte

Opmerkingen/ bijzonderheden:

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

## Deelname aan extra voorzieningen:

- Logopedie, hoe lang al en waar:  
 Fysiotherapie, hoe lang al en waar:  
 Opvoedingsondersteuning, wat en waar:

Opmerkingen/ bijzonderheden:

## Sociaal emotionele ontwikkeling

### eerste afname

### tweede afname

Ja Enigszins Nee

Ja Enigszins Nee

Voelt zich op zijn/haar gemak in de groep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neemt zonder moeite afscheid van ouder/verzorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zoekt contact met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zoekt contact met de leidster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan makkelijk wennen aan nieuwe situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan op een positieve manier voor zichzelf opkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft vertrouwen in eigen doen en laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontwikkelt zelfstandig gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan zich redden zonder extra aandacht leidster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan zich aan regels en afspraken houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat zich aanspreken op negatief gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat emoties als verdriet, angst en blijheid zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat zich goed troosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Opmerkingen/ bijzonderheden:

Eerste afname:

Tweede afname:

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

Redzaamheid	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Kan jas/ schoenen met weinig hulp uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan jas/schoenen met weinig hulp aantrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is zindelijk, gaat zelfstandig naar de w.c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is zindelijk moet eraan herinnerd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wast zijn/ haar handen zelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drinkt uit een beker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opmerkingen/ bijzonderheden:</b>						
Eerste afname:						
Tweede afname:						

Motorische ontwikkeling	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Grove, doelgerichte bewegingen verlopen soepel en gecoördineerd (bv rennen, springen, klimmen, fietsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handbewegingen vanuit de pols verlopen soepel en gecoördineerd (bv verven, papier scheuren, knippen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan grote kralen rijgen (oog-handcoördinatie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan een dik potlood of krijtje stevig vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opmerkingen/ bijzonderheden:</b>						
Eerste afname:						
Tweede afname:						

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

Speelontwikkeling+ Kring activiteiten	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Komt zelf tot spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft plezier in spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan doen- alsof spelletjes spelen/ fantasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brengt variatie in zijn/ haar spel aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesse wordt snel gewekt en beperkt zich niet tot bekende dingen, is nieuwsgierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speelt veel met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speelt zonder spel van andere kinderen te verstoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan speelgoed delen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zit ontwikkeling in het spel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordent, sorteert op eenvoudige concrete kenmerken : kleur, vorm, functie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn/ haar favoriete speelgoed is	1 <sup>ste</sup>			1 <sup>ste</sup>		
	2 <sup>e</sup>			2 <sup>e</sup>		
Zijn / haar favoriet activiteit is	1 <sup>ste</sup>			1 <sup>ste</sup>		
	2 <sup>e</sup>			2 <sup>e</sup>		
Kringactiviteiten	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Is betrokken bij liedjes, spelletjes, versjes in de kring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doet actief mee met liedjes, versjes en spelletjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan naar een kort verhaaltje luisteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doet mee met een gesprekje in de kring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doet mee aan een eenvoudig groepsspel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opmerkingen/ bijzonderheden:</b>						
Eerste afname:						
Tweede afname:						

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

Werken	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Luistert naar opdrachten van de leidster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt opdrachten of activiteit meestal af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pakt informatie snel op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan enige tijd ( 5 min) met een activiteit bezig zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertoont initiatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opmerkingen/ bijzonderheden:</b>						
Eerste afname:						
Tweede afname:						

Sprak en taalontwikkeling	eerste afname			tweede afname		
	Ja	Enigszins	Nee	Ja	Enigszins	Nee
Begrijpt goed wat er gezegd wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praat spontaan en vrijuit tegen de leidster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praat spontaan en vrijuit tegen andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan goed onder woorden brengen wat hij/zij bedoelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt grammaticaal goede zinnen (drie a vijf woordzinnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spreekt duidelijk en is goed verstaanbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stelt leervragen. Wat is dat? Waarom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is actief bij voorlezen/ plaatjes kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Opmerkingen/ bijzonderheden:</b>						
Eerste afname:						
Tweede afname:						

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

**Spraak en taalontwikkeling in moedertaal** eerste afname tweede afname

(alleen invullen als er problemen zijn met de spraaktaalontwikkeling in het Nederlands).

Spreken een of beide ouders Nederlands met het kind

Hoe lang is het kind in Nederland

Ja Enigszins Nee

Ja Enigszins Nee

Begrijpt goed wat er gezegd wordt in moedertaal

Kan in moedertaal duidelijk maken wat het wil vertellen

Is volgens ouders goed verstaanbaar in moedertaal

**Opmerkingen/ Bijzonderheden:**

## Punten van aandacht/ acties

(zijn of waren er extra acties voor bepaalde ontwikkelingsgebieden nodig?)

Na de eerste observatie:

Na de tweede observatie:

**Opmerkingen van ouders , na bespreking van het verslag en eventueel m.b.t. gedrag thuis.**

## Reden van vertrek van de speelzaal/ kinderdagverblijf:

- Kind gaat naar de basisschool
- Verhuizing
- Anders, namelijk

## Het kind is ingeschreven op basisschool

Adres:

Naam kind:

# PEUTERPRAAT

Ja Enigszins Nee

AED

## Handtekening en toestemming voor overdracht

Hierbij geef ik toestemming om dit observatieformulier door te geven aan de basisschool waar mijn kind naar toe gaat.

Daarnaast geef ik toestemming aan de basisschool van mijn keuze om, indien nodig, contact op te nemen met de peuterspeelzaal of het kinderdagverblijf waar mijn kind geweest is.

Datum:

Handtekening ouder/ verzorger

Handtekening pedagogisch medewerkster