

## Zertifikat „Anerkannter Bewegungskindergarten Saar“

### Antragsformular

**Kindertagesstätte:**

Anschrift:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Leitung der Einrichtung:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Pädagogisches Personal: Anzahl \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in:

Name:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Träger der Einrichtung:

Anschrift:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Internet:

Qualitätskreis „Anerkannter Bewegungskindergarten Saar“

## I Konzept

1. Ist Bewegungsziehung in ihrem Konzept explizit als Schwerpunkt formuliert ?

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, auf welchen Seiten des Konzeptes: \_\_\_\_\_

2. Ist Bewegung ein zentrales pädagogisches Gestaltungselement in ihrer Einrichtung?

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, wie fließt Bewegung in andere Bildungsbereiche ein? Nennen Sie Beispiele:

---

---

---

---

---

---

---

---

## II Bewegungszeit

1. Finden Freispielphasen statt?

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, wie häufig (pro Woche)?

- täglich
- 4x
- 3x

$\leq 2x$

Wie lange dauern diese Freispielphasen durchschnittlich?

\_\_\_\_\_ Minuten.

**2. Gibt es Möglichkeiten, situative Anlässe in Bewegungseinheiten einfließen zu lassen?**

Ja

Nein

**3. Finden angeleitete Lerneinheiten mit dem Thema „Bewegung, Spiel und Sport“ statt?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, wie häufig finden diese Lerneinheiten statt (pro Woche)?

täglich

4x

3x

2x

1x

Wie lange dauert eine Unterrichtseinheit durchschnittlich?

\_\_\_\_\_ Minuten.

**4. Welcher Art sind die angeleiteten Bewegungseinheiten? (z.B. angeleitete Programme, angeleitete Bewegungsspiele)**

Beschreiben Sie diese bitte kurz in Stichworten.

---

---

---

---

---

**5. Finden spezielle psychomotorische Förderangebote für die Kinder statt?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, beschreiben Sie diese bitte kurz in Stichworten.

---

---

---

---

---

<b>III Raumgestaltung</b>
---------------------------

**6. Nach welchem Konzept arbeiten Sie?**

- Offen
- Teiloffen
- Geschlossen

**7. Gibt es einen Bewegungsraum?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, wie groß ist dieser? \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.

**8. Gibt es eine Bewegungsbaustelle, in der sich Kinder frei entfalten können?**

- Ja
- Nein

**9. Gibt es einen Ruheraum, in dem die Kinder entspannen können?**

- Ja
- Nein

**10. Sind Bewegungsmöglichkeiten bzw. Bewegungsräume in den Gruppenzimmern vorhanden?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, beschreiben Sie diese bitte kurz in Stichworten.

---

---

---

---

---

---

**11. Werden alternative Räumlichkeiten bzw. „tote Räume“ genutzt?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, welche und wie werden sie genutzt?

- Flure \_\_\_\_\_
- Treppen \_\_\_\_\_
- Ecken \_\_\_\_\_
- Winkel \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

**12. Welche Bewegungsmöglichkeiten bieten das Außen- bzw. Freigelände?**

- Schaukeln
- Kletterbäume
- Balken
- Wippen
- Sandkästen
- Rutschbahnen

Sonstige: \_\_\_\_\_

**13. Welche Naturräume werden in die Bewegungsförderung miteinbezogen?**

Wald

Wiese

See

Sonstige: \_\_\_\_\_

**14. Besteht die Möglichkeit der Nutzung**

**a) einer Sporthalle?**

Ja

Nein

**b) eines Sportplatzes?**

Ja

Nein

<b>IV Materialien</b>
-----------------------

**15. Welche Materialien sind vorhanden?**

**Großgeräte:**

Turnmatten

Weichbodenmatten

Trampoline

Bänke

Sprossenwände

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Kleingeräte:**

Bälle (in unterschiedlichen Größen und Materialien)

Reifen

Springseile

- Zauberschnüre
- Kegel
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Psychomotorische Geräte:**

- Pedalos
- Rollbretter
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**16. Sind die Geräte frei zugänglich?**

- Ja
- Nein

<b>V Kooperation</b>
----------------------

**17. Besteht eine Kooperation mit einem Sportverein?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, nennen Sie den bzw. die kooperierenden Vereine und die Dauer der Kooperation.

<u>Kooperierender Verein</u>	<u>Dauer (in Monaten)</u>
_____	
_____	
_____	

**18. Führt der kooperierende Verein Lerneinheiten in Ihrer Einrichtung durch?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, wie häufig finden diese Lerneinheiten in der Woche/ im Monat (*Nichtzutreffendes streichen*) statt? \_\_\_\_\_.

Wie lange dauern diese Lerneinheiten?

- 60 min.
- 45 min
- ≤ 30 min

Wo finden sie statt (Räumlichkeit)?

---

Wie viele Kinder nehmen daran teil?

---

Wie ist die Altersspanne der Kinder?

---

Was sind die Inhalte? Nennen Sie bitte ein Beispiel.

---

**19. Finden darüber hinaus noch weitere gemeinsame Aktivitäten mit dem Sportverein statt?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

---

**20. Haben Sie Kenntnis über die Vereinsaktivität der Kinder?**

- Ja
- Nein



## VI Sportbezogene Zusatzangebote

21. Existieren sportbezogene Zusatzangebote (z. B. Sport-AGs)?

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

---

---

Wie häufig werden diese Zusatzangebote durchgeführt (im Monat)?

- $\geq 4x$
- 3x
- 2x
- 1x

Von wem werden diese angeboten:

---

---

---

---

---

Wie viele Kinder nehmen daran teil? \_\_\_\_\_.

## VII Elternarbeit

22. Wie viele Elternabende finden pro Jahr in Ihrer Einrichtung statt?

- $\geq 4$
- 3
- 2

1

**23. Wird beim Elternabend „Gesundheitsförderung durch Bewegung“ thematisiert?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, wie oft im Jahr finden solche bewegungsbezogene Elternabende statt?

\_\_\_ Anzahl/Jahr

Wenn **nein**, sind zukünftig Elternabende zu diesem Thema geplant?

Ja

Nein

**23. Werden Medien werden zur Aufklärungsarbeit genutzt?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche?

Video/ DVD

Elternbriefe

Schauwände

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**24. Sind darüber hinaus Angebote für Eltern entwickelt worden, um diesen die gesundheitsfördernde Wirkung des Sports deutlich zu machen?**

Ja

Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

---

---

**25. Gibt es gemeinsame sportbezogene Veranstaltungen für Eltern und Kinder?**

- Ja  
 Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

---

<b>VIII Qualifikation und Weiterbildungsmaßnahmen</b>
---

**26. Wie viele Erzieher/innen ihrer Einrichtung verfügen über fachliche Zusatzqualifikationen im Bereich „Bewegungsfrühförderung“? Nennen Sie diese Qualifikationen konkret! Kopien der Zertifikate bitte beilegen.**

Name: \_\_\_\_\_

Qualifikation(en): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum des Erwerbs: \_\_\_\_\_ Anzahl der Lerneinheiten\*: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Qualifikation(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum des Erwerbs: \_\_\_\_\_ Anzahl der Lerneinheiten\*: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Qualifikation(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum des Erwerbs: \_\_\_\_\_ Anzahl der Lerneinheiten\*: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Qualifikation(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum des Erwerbs: \_\_\_\_\_ Anzahl der Lerneinheiten\*: \_\_\_\_\_

Weitere Qualifikationen bitte auf einem zusätzlichen Blatt aufführen.

\* Eine Lerneinheit entspricht 45 Minuten.

**27. Welche Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich „Bewegungsfrühförderung“ sind für das Kindergartenpersonal zukünftig geplant? Nennen Sie diese konkret!**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IX Öffentlichkeitsarbeit

**28. Haben Sie bisher Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu Bewegung, Spiel und Sport ergriffen?**

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, mit welchen Medien arbeiten Sie?

- Broschüren

- Flyer
- Internetseite
- Pressearbeit
- Tag der offenen Tür
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Wenn **nein**, sind Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zukünftig geplant?

- Ja
- Nein

Wenn **ja**, welche?

---



---



---



---

<b>X Planung und Zielsetzung</b>
----------------------------------

**29. Welche kurzfristigen Ziele verfolgen Sie mit ihren Maßnahmen zur Bewegungsförderung? Ziele, die sich in einer Bewegungseinheit, eines Tages, einer Woche, einer Aktion erreichen lassen**

---



---



---



---



---

**30. Welche langfristigen Ziele streben Sie an? Ziele, die sich nur über mehrere Einheiten, Aktionen, Wochen oder Monate erreichen lassen**

---



---



---

---

---

**30. Welche Ziele konnten Sie bisher verwirklichen?**

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Einrichtungsleitung

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Einrichtungsträgers