|  |
| --- |
| **Antrag auf Kooperation durch den Sonderpädagogischen Dienst**  **des Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums**  (Förderschwerpunkte Lernen und Sprache) |

|  |
| --- |
| **Meldende Schule** |
| Schulleitung |
| Kontaktdaten |
| Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuständiges Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)** | |
| Name | |
| Straße, Nr. | PLZ, Ort |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schüler\*in** | | | |
| Name | Vorname(n) | Geburtsdatum | Klasse |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klassenlehrkraft bzw. Ansprechpartner\*in an der Schule** | | |
| Name, Vorname | Telefon | E-Mail |

Für den o.g. Schüler/ Schülerin reichen die bisherigen Differenzierungsmaßnahmen nicht aus, um weiterhin erfolgreich am Unterricht der Schule teilzunehmen.

Daher bitten wir um sonderpädagogische Beratung und Unterstützung im Rahmen des

Sonderpädagogischen Dienstes.

Die Erziehungsberechtigten sind mit dem Antrag der Schule einverstanden. Die Einverständniserklärung liegt bei.

**Wichtig**: Die Schulleitung sendet den **Antrag auf Kooperation** an das zuständige **SBBZ**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Schulleitung der allg. Schule |

|  |
| --- |
| **Vermerke des SBBZ** |
| *Eingang, beauftragte Lehrkraft, eingeleitet am…* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sorgeberechtigte** | | |
| Name (Sorgeberechtigte\*r 1) | | Vorname |
| Telefon | Mobil | E-Mail |
| Straße | PLZ Wohnort | |
| Weitere Daten | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name (Sorgeberechtigte\*r 2) | | Vorname |
| Telefon | Mobil | E-Mail |
| Straße | PLZ Wohnort | |
| Weitere Daten | | |

|  |
| --- |
| **Biografie des Schülers/der Schülerin** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schulbesuch** | | |
| Jahr der Einschulung | Schulbesuchsjahr | Aktuelle Klasse |
| Zurückstellung vom Schulbesuch  ja  nein | Besuch der Grundschulförderklasse  ja  nein | Einbezug der Beratungslehrkraft  ja  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Schuljahr* | *SBJ* | *Klasse* | *Schule/Einrichtung* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Klassenlehrkraft** | | |
| Name, Vorname | Telefon | E-Mail |

|  |
| --- |
| **Erwartungen an die Kooperation mit dem Sonderpädagogischen Dienst** |

|  |
| --- |
| *Was ist das Anliegen? Warum wird mit dem Sonderpädagogischen Dienst Kontakt aufgenommen?* |
|  |

|  |
| --- |
| **Aussagen zum Schüler/zur Schülerin** |

|  |
| --- |
| *Was kann der Schüler/ die Schülerin besonders gut, wo liegen die Stärken? (Interessen/ Begabungen?)* |
|  |
| *Was hindert den Schüler/die Schülerin daran, die Bildungsziele der allgemeinen Schule zu erreichen?* |
|  |
| *Sonstige Hinweise* |
|  |

|  |
| --- |
| **Bisher erfolgte Fördermaßnahmen** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wo?* | *Was?* | *Beurteilung der Wirksamkeit* |
| *im Unterricht* |  |  |
|  |  |
| *in der Schule* |  |  |
|  |  |
| *Außerschulische Maßnahmen* |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Entbindung von der Schweigepflicht**  **zur Erstellung einer Sonderpädagogischen Diagnostik und Beratung** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum |
| Name(n) der/des Sorgeberechtigten: | |
| Anschrift der/des Sorgeberechtigten: | |

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass die beauftragte Lehrkraft des zuständigen Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums (SBBZ) **Daten, Informationen, Befunde und Gutachten** über mein/unser Kind zum **Zweck der Erstellung eines individuellen Bildungsangebots** bei folgenden Stellen einholen, besprochen, austauschen und speichern darf. Die Datengewinnung ermöglicht der beauftragten Lehrkraft die am pädagogischen Prozess Beteiligten zu beraten. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

|  |  |
| --- | --- |
| *Institution* | *Ansprechpartner mit Kontaktdaten* |
| An der Beschulung Beteiligten |  |
| Kindergarten/Grundschulförderklasse |  |
| Frühförderung |  |
| Sozialpädiatrisches Zentrum\* |  |
| Jugendamt |  |
| Sonderpädagogischer Dienst eines anderen Förderschwerpunktes |  |
| ärztliche Praxis |  |
|  |  |

Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll

Diese Einwilligung/en kann / können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden. Mir / uns ist bekannt, dass sich mein / unser Kind auf Verlangen der Schulaufsichtsbehörde nach § 82 Abs. 2 Schulgesetz an der sonderpädagogischen Diagnostik (pädagogisch-psychologische Prüfung ggf. einschließlich Schulleistungsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen hat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Sorgeberechtigte/r\*\* |

\*\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.

|  |
| --- |
| **Einwilligung zur Diagnostik**  **im Sonderpädagogischen Dienst** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum |
| Name(n) der/des Sorgeberechtigten: | |
| Anschrift der/des Sorgeberechtigten: | |

Zur professionellen Planung und Erstellung eines individuellen Bildungsplans für Ihr Kind setzen wir psychologische Testinstrumente wie Schulleistungstests und Intelligenztests ein.

Hiermit erteile ich/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass bei meinem/ unserem Kind folgende psychologische Testinstrumente eingesetzt werden dürfen:

**Schulleistungstests**  ja  nein

**Intelligenztests**  ja  nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Sorgeberechtigte/r\*\* |