|  |
| --- |
| **Antrag für Beratung und Unterstützung durch den**  **Sonderpädagogischen Dienst** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname weibl. männl.  **,** | | Geburtsdatum, Geburtsort  **,** | | |
| Name, Vorname des Vaters sorgeberechtigt ja  nein  **,** | | Name, Vorname der Mutter sorgeberechtigt ja  nein  **,** | | |
| Anschrift des Vaters: | | Anschrift der Mutter: | | |
| Straße, H.-Nr.: |  | Straße, H.-Nr.: | |  |
| PLZ, Ort: |  | PLZ, Ort: | |  |
| Telefon: |  | Telefon: | |  |
| E-Mail: |  | E-Mail: | |  |
| Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern) | | | | |
| Derzeit besuchte Bildungseinrichtung: | | | Derzeitige Klasse: | |
| Name: |  | |
| Straße, H.-Nr.: |  | |
| PLZ, Ort: |  | | Ansprechpartner: | |
| Telefon: |  | |
| E-Mail: |  | |

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind

Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst erhält.

Ich bin / Wir sind mit Unterrichtsbeobachtungen und diagnostischen Maßnahmen im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes einverstanden.

Diese Maßnahmen unterstützen die Beratung in Bezug auf eine gute Förderung unseres Kindes in der allgemeinen Schule.

Die Entbindung von der Schweigepflicht liegt bei.

**,** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ort, Datum Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*

Um die Fördermöglichkeiten für mein/unser Kind gut abklären zu können, bin ich/ sind wir damit einverstanden, dass Berichte und Unterlagen im dafür notwendigen Umfang zwischen dem beauftragten Sonderpädagogischen Dienst und den psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachdiensten sowie den zuständigen Ämtern ausgetauscht werden können. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Ich/Wir entbinden hiermit folgende Personen (bitte alle Namen aller Personen, die beteiligt sind, unten eintragen) und Institutionen von ihrer Schweigepflicht bezüglich meines/unseres Kindes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institution | Name/Adresse | Datum | Unterschrift der Erziehungsberechtigten |
| Schule:  Klassenlehrer/Fachlehrer \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Lehrer für Dyskalkulie  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Lehrer für LRS  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Beratungslehrer | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| Hausarzt |  |  |  |
| Facharzt |  |  |  |
| Kinderklinik, SPZ |  |  |  |
| Therapeuten |  |  |  |
| Beratungsstellen |  |  |  |
| Jugendamt |  |  |  |
| Sozialamt |  |  |  |
| Gesundheitsamt |  |  |  |
| Schulpsychologische Beratungsstelle |  |  |  |
|  |  |  |  |

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

|  |
| --- |
| **Pädagogischer Bericht** |

**Schülerdaten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname weibl. männl.  **,** | Geburtsdatum, Geburtsort  **,** |
| Allgemeine Schule | Klasse |
| Nationalität | Religion |
| Dolmetscher |  |

**Erziehungsberechtigte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vater** sorgeberechtigt ja  nein | **Mutter** sorgeberechtigt ja  nein |
| Name, Vorname  **,** | Name, Vorname  **,** |
| Straße, Hausnummer | Straße, Hausnummer |
| PLZ, Ort | PLZ, Ort |
| Telefon / Mobil  **/** | Telefon / Mobil  **/** |
| E-Mail-Adresse | E-Mail-Adresse |

**Pflegeeltern sonstige Zuständigkeiten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname  **,** | Name, Vorname  **,** |
| Straße, Hausnummer | Straße, Hausnummer |
| PLZ, Ort | PLZ, Ort |
| Telefon / Mobil  **/** | Telefon / Mobil  **/** |
| E-Mail-Adresse | E-Mail-Adresse |

**Allgemeine Schule (Schulstempel)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Schulart |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort |
| Telefon | E-Mail-Adresse |
| Klassenlehrer / Klassenlehrerin |  |

**Schulbiographie**

Kindergartenbesuch  nein  ja von-bis:

Frühförderung  nein  ja von-bis:

Durch welche Frühförderstelle:

**Schulbesuchsverlauf und Schulwechsel (unbedingt ausfüllen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Schulort | Schuljahr | Regelklasse |
| Zurückstellung |  |  |  |
| 1.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 2.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 3.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 4.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 5.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 6.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 7.Schulbesuchsjahr |  |  |  |
| 8.Schulbesuchsjahr |  |  |  |

**Beratung und Unterstützung im Rahmen des besonderen Förderbedarfs**

Beratungslehrer/in:  Zeitpunkt:

Lese- Rechtschreibschwäche Förderung von-bis:

Dyskalkulie Förderung von-bis:

**Weitere Unterstützungssysteme**

Autismusbeauftragte

medizinische Maßnahmen

Logopädie

Ergotherapie

Physiotherapie

Integrationsfachkraft/Schulbegleitung

Jugendhilfemaßnahmen

Sonstige:

**Sonderpädagogischer Dienst**:

Durch welches Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum:

erstmals beauftragt in Klasse:

**Angaben zum Leistungs- und Entwicklungsstand**

Bitte beschreiben Sie die Punkte ausführlich, die Sie für das Problem des Kindes als wichtig erachten. Die angegebenen Bereiche und Stichpunkte sollen Ihnen dabei helfen. Weiterführende Ergänzungen können beigefügt werden.

|  |
| --- |
| **Informationen zum Lern – und Arbeitsverhalten**  Die Informationen können sich beziehen z.B. auf Arbeitstempo, Arbeitsweise, Ausdauer, Sorgfalt, Selbstständigkeit, Ablenkbarkeit;  Gibt es Unterschiede in verschiedenen Fächern / bei verschiedenen Lehrern? |

|  |
| --- |
| **Informationen zum Sozial- und Konfliktverhalten**  Die Informationen können sich beziehen z.B. auf Auffälligkeiten in bestimmten Situationen, Reaktionen auf pädagogische Maßnahmen, Verhalten gegenüber Mitschülern und Sachen, Verhalten im Unterricht und in der unterrichtsfreien Zeit, Kommunikationsfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Selbstbild, Position des Kindes in der Klasse. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Informationen zur Wahrnehmungsfähigkeit und Motorik** | |
| **Hören:** z.B. Geräusche, Laute, Wörter erkennen, Gedächtnis für Gehörtes |

|  |
| --- |
| **Sehen:** z.B. räumliches Orientierungs- und Vorstellungsvermögen, Vertauschen optisch ähnlicher Buchstaben und Zahlen, Einhalten von Lineatur |

|  |
| --- |
| **Seitigkeit:** ausgeprägte Rechts- oder Linksseitigkeit |

|  |
| --- |
| **Motorik:** z.B. Grob- und Feinmotorik, Koordination, Gleichgewicht, motorische Unruhe |

|  |
| --- |
| **Informationen zu Sprache und Sprechen**  Wortschatz, Artikulation, Redefluss (Stottern/Stammeln), logische Abfolge des Erzählten, Satzbildung, Merkfähigkeit für Sprache, spricht sehr laut / leise, kann nicht zuhören |

|  |
| --- |
| **Informationen zum Leistungsstand im Lesen**  Buchstabenkenntnis, Synthesefähigkeit, segmentierendes Lesen, Lesegeschwindigkeit, Leseverständnis, Lesegenauigkeit, eigenaktives Korrekturverhalten |

|  |
| --- |
| **Informationen zum Schreiben**  Handschrift, Schreibgeschwindigkeit, Verhalten beim Abschreiben und freien Schreiben |

|  |
| --- |
| **Leistungen im Rechtschreiben**  Kenntnis der Laut-Buchstabenbeziehungen; phonologische Bewusstheit; alphabetische Strategie, Gliederung in Bausteine und Silben, Kenntnis und Anwendung der Rechtschreibregeln, Fehleranalysen, Aufsätze sowie Ergebnisse aus Tests |

|  |
| --- |
| **Leistungen in Mathematik**  Zahlbegriff, Zahlenverdrehen, Raum- und Zeitvorstellung, Mengenerfassung, Orientierung im Zahlenraum, Lösungswege, Fragestellungen, Abstraktionsebenen, Merkfähigkeit für Aufgabensätze, 1x1, Umgang mit Platzhalteraufgaben, Sachaufgaben |

|  |
| --- |
| **Besondere Begabungen, Interessen, Vorlieben** |

|  |
| --- |
| **Bewertung des Lehrers: Ursachen des Problems**  Wo sehen Sie als Lehrer/in die Ursachen des Problems? |

**Dokumentation der bisher geleisteten Förderung**

**durch Unterricht und Schule**

|  |  |
| --- | --- |
| Wann? Wie lange? | Fördermaßnahmen und Ergebnisse der Förderung (z. B. Differenzierung, …) im Unterricht |
| Wann? Wie lange? | Fördermaßnahmen und Ergebnisse der Förderung (z. B. Förderkurse, Wiederholung…) in der Schule |
| Wann? Wie lange? | Nachteilsausgleich |

**Anlagen:**

Förderplan/Entwicklungsbericht, Zeugnisse, medizinische/therapeutische Berichte, Protokolle, weitere Dokumentationen

     ,

*Ort / Datum:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Unterschrift der Lehrkraft*

Förderplan/Entwicklungsplan

Zeugnisse

medizinische / therapeutische Berichte

Protokolle

weitere Berichte