Schule

|  |  |
| --- | --- |
|       |      Datum |

An das zuständige Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)

|  |
| --- |
|       |

Nur am PC erstellen!

|  |
| --- |
| **Antrag auf Kooperation durch den Sonderpädagogischen Dienst****des Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums** |

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| *Name, Vorname des Kindes* | *geb. am* |

Für den o.g. Schüler/ Schülerin reichen die bisherigen Förder- und 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.

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

Unterschrift der Schulleitung

|  |
| --- |
| Vermerke des SBBZ (Eingang, beauftragter Lehrer, eingeleitet am…)      |

**Diese Informationen ermöglichen eine erfolgreiche Beratung:**

**Daten des Schülers**

|  |  |
| --- | --- |
| *Vater (Name,Vorname)*       | [ ]  *erziehungsberechtigt* |
|  |  |
| *Mutter (Name,Vorname)*       | [ ]  *erziehungsberechtigt* |
|  |  |
| *Straße, Hausnr.*       |
|  |
| *PLZ, Ort*       |
|  |
| *Telefon*       | *Telefon* *Arbeit*       |
|  |
| *Mobiltelefon*       | *Mailadresse*       |
|  |  |
| *Weitere Daten:*      |

**Schulische Daten** (Die Angaben zur Erreichbarkeit sind freiwillig, erleichtern aber den Kontakt)

|  |
| --- |
| besuchte Klasse:      Klassenlehrer/in:       Telefon:       Mail:       |
| Kindergarten | vom       bis       |
| Zurückstellung vom Schulbesuch | [ ]  nein [ ]  ja |
| Besuch der Grundschulförderklasse | [ ]  nein [ ]  ja |
| Einschulungsdatum |       |
| Wiederholte Klassen |       |
| Besuch anderer Schulen |       |

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

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

**Kurzbeschreibung des Problems des Schülers**

*Worin besteht das Problem, wie lange besteht es schon, was wird in Zukunft sein, wenn das Problem nicht gelöst werden kann, ….?*

**Stärken des Schülers**

*Was kann der Schüler gut, was hilft ihm, wer oder was unterstützt ihn, …?*

**Bisher erfolgte Fördermaßnahmen**

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

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| (Name, Vorname/ n der/ des Sorgeberechtigten      | (Datum) |
| (Straße, Hausnummer)      |  |
| (PLZ, Ort) |  |

**Einwilligung**

Hiermit erteile ich/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass eine vom Staatlichen Schulamt Rastatt

beauftragte Kooperationslehrerkraft im Rahmen der Erstellung eines Pädagogischen Berichts

und zur Beratung über mein/ unser Kind

Name:

geboren am:

mit den an der Beschulung Beteiligten sprechen darf und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen darf (Entbindung von der Schweigepflicht).

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

Unterschrift/en

Darüber hinaus erteile ich/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass eine vom Staatlichen Schulamt Rastatt beauftragte Kooperationslehrerkraft im Rahmen der Erstellung eines Pädagogischen Berichts und zur Beratung über mein/ unser Kind mit Therapeuten und Ärzten sprechen darf und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen darf.

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

Unterschrift/en