

Baden-Württemberg

STAATLICHES SCHULAMT MARKDORF

|  |
| --- |
| **Übergang auf eine berufliche Schule der SEK II, in eine Berufsausbildung oder eine Berufsvorbereitung**Schüler\*innen mit festgestellten Anspruch auf ein sonderpäd. Bildungsangebot mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung, Sehen, Hören oder körperlich und motorische EntwicklungGemäß §§ 20-21 SBA -VO |
|  |
| An dasStaatliche Schulamt MarkdorfAm Stadtgraben 2588677 Markdorf  | SBBZ |
|  | Gutachter\*in |  |
| **Aktuelle Daten Schüler/in**  | Name |  |
| Vorname | Nationalität |  |  |
| Geburtsdatum |  | [ ] weibl. [ ] männl. [ ] div. |
| zuständige Schule |  |
| Schulbesuchsjahr |  |
| **Sorgeberechtigte***bei Minderjährigen* | Sorgeberechtigte (Mutter, Vater, gesetzl. Vertreter) | [ ]  | [ ]  |
| Name, Vorname |  |  |
| Adresse |  |  |
| Telefon |  |  |
| E-Mail |  |  |
| **Gemeinsame Empfehlung für die zukünftige Beschulung** | Lernort/Name der Schule | [ ] allg. Schule |
| Förderschwerpunkt |  |
| künftige Klassenstufe/ Bildungsgang |  |
| Befristungsvorschlag |  Ende Schuljahr  |
| **Weitere Angaben**  | Betreuungsform | [ ] extern/teilstationär [ ] vollstationär |
| Kostenträger/ Sachbearbeiter/in |  |
| Kostenzusage bis |  |

|  |
| --- |
| 1. **Pädagogischer Bericht zum Fortbestehen des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot** (bitte hier einfügen oder als Anhang beifügen)
 |
| Folgende sonderpädagogische Aspekte müssen fachlich fundiert aus dem Antrag hervorgehen:* Kompetenzen sowie Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen und die Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe
* Aufstellung der Schulbesuchsjahre in der Primar- und Sekundarstufe 1
 |
|  |
| Ort, Datum | Unterschritt Lehrkraft der Sonderpädagogik |
| 1. **Berufswegekonferenz** Datum:
 |
| Gewünschter zukünftiger Lernort: |
| Ggfls. Ergänzungen und Erläuterungen (bitte einfügen oder Kopie der Protokolls der Berufswegekonferenz anhängen): |
| Ort, Datum | Unterschritt der/des Antragsstellenden |
| oder |
| Ort, Datum | bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte oder gesetzl. Vertretung |
| und |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulleitung |

|  |
| --- |
| 1. **Einwilligung in die Datenverarbeitung**
 |
| Ich/Wir willige/n mit obigen Unterschriften ein, dass das SSA Markdorf meine/unsere personenbezogenen Daten des/der Schüler/in zum Zweck der Prüfung und weitere Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Datenbank haben nur definierte Mitarbeitende des Schulamtes. Ich/wir kann/können beim SSA Markdorf Auskunft über die Daten und eine Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Die Angaben zum Antrag sind freiwillig. Ich/Wir willigen ein, dass die Daten über die Gesundheit des/der Schüler/in wie beschrieben bearbeitet werden dürfen. |