



## Antrag auf Überprüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

Antrag der Erziehungsberechtigten unter Mitwirkung der Schule

oder

Antrag der Erziehungsberechtigten

Antrag der allgemeinen Schule

### 1. Angaben zur Person des Kindes oder der/des Jugendlichen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

weibl.  
 männl.  
 div.

Allgemeine Schule/Kindertagesstätte

Klasse

### 1.1. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name, Vorname

Ich bin alleine erziehungsberechtigt

Name, Vorname

Anschrift/Telefon/E-Mail

Anschrift/Telefon/E-Mail

Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern)

Ich/Wir beantrage/n, dass bei meinem/unserem Kind geklärt wird, ob ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vorliegt.

Dazu beauftragt das Staatliche Schulamt Markdorf nach Prüfung der erforderlichen Vorabschritte eine/n Gutachter/in mit der Erstellung eines sonderpädagogischen Gutachtens zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot.

Ich/Wir wirke/n mit bei der Klärung des Anspruchs, indem wir vorhandene Berichte und Informationen vorlegen und stimmen der notwendigen Überprüfung zu.

-----  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r/Sorgeberechtigte/r

-----  
Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r/Sorgeberechtigte/r

-----  
Datum, Unterschrift Schulleitung der allgemeinen Schule

Dem Antrag ist der pädagogische Bericht und das aktuelle Zeugnis oder der Reflexionsbogen aus der Kooperation GS-Kita beigelegt.

Weitere Anlage/n:



## Antrag auf Überprüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

Erziehungsberechtigte/r:

Name des Kindes/Jugendlichen:

### Einwilligung in die Datenverarbeitung/Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Markdorf und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/unser Kind zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

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

- zuständiges Jugendamt:
- behandelnder Arzt (s. u. ausdrückliche Einwilligung):
- Kinderklinik, SPZ (s. u. ausdrückliche Einwilligung):
- Kindergarten:
- Grundschulförderklasse:
- 

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.

Datum, Ort

---

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/r / Sorgeberechtigte/r



## Antrag auf Überprüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

Auszufüllen durch die allgemeine Schule, in Absprache mit dem Sonderpädagogischem Dienst/SBBZ und den Eltern, bei Einschulung durch die GS-Kooperationslehrkraft oder die sonderpädagogische Beratungsstelle.

<b>An das SBBZ:</b>    <b>Posteingang am:</b> <input type="text"/>	<b>Allgemeine Schule:</b>   <b>Zuständige Lehrkraft / GS-Kooperationslehrkraft:</b> <input type="text"/>  <b>Datum, Unterschrift der Schulleiter*in</b> <input type="text"/> _____
<b>Tätigkeit des Sonderpädagogischen Dienstes</b> Der Sonderpädagogische Dienst war tätig (Phase der Erkundung, kooperative Diagnostik, Beratung der Eltern und Lehrkräfte und Entwicklung gemeinsamer, individueller Bildungsangebote und Unterstützungssysteme). <b>Name Sonderpädagogische Lehrkraft:</b> <input type="text"/> <b>Sonderpädagogische Beratung seit:</b> <input type="text"/> <b>SBBZ:</b> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Die Erziehungsberechtigten wünschen die Erstellung des Sonderpädagogischen Gutachtens durch den bisherigen Sonderpädagogischen Dienst.	
<b>Bei Feststellung eines sonderpädagogischen Bildungsanspruchs interessieren sich die Erziehungsberechtigten für die Beschulung</b> <input type="checkbox"/> in einem SBBZ <input type="checkbox"/> in der Inklusion <input type="checkbox"/> wünschen Beratung durch SSA	

### Auszufüllen durch das SBBZ:

Bitte um:     Beauftragung eines Gutachtens                       Ablehnung der Überprüfung

Begründung bei Ablehnung:

- Derzeit ist kein sonderpädagogischer Bildungsanspruch erkennbar!  
 Der Fall wurde zu spät gemeldet!

**Datum**

**Name Schulleiter/-in des SBBZ**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Bemerkungen: