



Antrag auf Überprüfung und Klärung des Anspruchs auf ein Sonderpädagogisches Bildungsangebot

Antrag der Erziehungsberechtigten unter Mitwirkung der Schule/der Kindertagesstätte

Antrag der Erziehungsberechtigten

Antrag der allgemeinen Schule/der Kindertagesstätte

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

| | | |
|--|--------------|---|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> div. |
| Allgemeine Schule oder Kindertagesstätte | Klasse | |

1.1. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

| | |
|---|---|
| Name, Vorname des Vaters sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Name, Vorname der Mutter sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anschrift / Telefon des Vaters | Anschrift / Telefon der Mutter |

Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern)

Wir beantragen, dass bei 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.

Wir wirken mit bei der Klärung des Anspruchs, indem wir vorhandene Berichte vorlegen und stimmen der notwendigen Überprüfung zu.

Datum, Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte

Datum, Unterschrift(en) Schule

Dem Antrag ist der Päd. Bericht sowie das aktuelle Zeugnis oder der Reflexionsbogen Schulfähigkeit beigelegt.

Weitere Anlage/ n: _____



Antrag auf Überprüfung und Klärung des Anspruchs auf ein Sonderpädagogisches Bildungsangebot

Erziehungsberechtigte: _____

Kind bzw. Jugendliche/r: _____

Einwilligung in die Datenverarbeitung Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich willige/wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Markdorf meine/unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Prüfung und 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 Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Markdorf sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich kann beim Staatlichen Schulamt Markdorf Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig. Liegen der Schule jedoch konkrete Hinweise auf einen Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vor und wird von mir/uns kein Antrag gestellt, ist der Antrag von der Schule beim Staatlichen Schulamt zu stellen.

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: _____
- _____

Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/unsers Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.

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

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte

Unterschrift Schüler (ab 16 Jahren)



Antrag auf Überprüfung und Klärung 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.

| | |
|---|---|
| <p>An das SBBZ:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Posteingang am: _____</p> | <p>Allgemeine Schule:</p> <p>Ausgefüllt von:</p> <p><input type="checkbox"/> Zuständige Lehrkraft <input type="checkbox"/> GS-Kooperationslehrkraft:</p> <p>Name: _____</p> <p>Datum, Unterschrift der Schulleiter*in (allg. Schule)</p> <p>_____</p> |
|---|---|

Einzelfallberatung durch das SBBZ

Sonderpädagogische Lehrkraft: _____

tätig seit: _____ SBBZ: _____

Die Erziehungsberechtigten wünschen die Erstellung des Sonderpädagogischen Gutachtens durch den bisherigen Sonderpädagogischen Dienst.

Bei Feststellung eines sonderpädagogischen Bildungsanspruchs interessieren sich die Erziehungsberechtigten für die Beschulung

in einem SBBZ

in der Inklusion

sind noch unentschlossen

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

_____ Schulleiter*in des SBBZ

_____ Unterschrift

Bemerkung(en):