



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

Name, Vorname

Ich bin alleine erziehungsberechtigt

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 dieser beauftragten 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.

Ort, Datum

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/r / Sorgeberechtigte/r

Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter:
<https://mak.schulamt-bw.de/Startseite/Service/Datenschutz>





Antrag auf Überprüfung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

Die untenstehenden Angaben werden von der zuständigen allgemeinen Schule ausgefüllt, bzw. eingeholt

<p>An das SBBZ:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Posteingang am:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>Allgemeine Schule:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Zuständige Lehrkraft / GS-Kooperationslehrkraft:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>Datum, Unterschrift der Schulleiter/in</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---

Tätigkeit des Sonderpädagogischen Dienstes

Der Sonderpädagogische Dienst war umfassend tätig (**Phase der Erkundung, kooperative Diagnostik, Beratung der Eltern und Lehrkräfte und Entwicklung gemeinsamer, individueller Bildungsangebote und Unterstützungssysteme**).

Name Sonderpädagogische Lehrkraft:

Sonderpädagogische Beratung 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/KoOf in der Inklusion 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 Schulleitung SBBZ

Bemerkungen: