|  |
| --- |
| [ ]  **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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  | Geburtsdatum:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  weibl. [ ]  männl. [ ]  div. |

|  |  |
| --- | --- |
| Allgemeine Schule/KindertagesstätteKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | KlasseKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1.** | **Angaben zu den Erziehungsberechtigten** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, VornameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  Ich bin alleine erziehungsberechtigt | Name, VornameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift/Telefon/E-MailKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Anschrift/Telefon/E-MailKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstige Personensorgeberechtigte (z.B. Pflegeeltern)Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

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 beigefügt.
[ ]  Weitere Anlage/n: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Erziehungsberechtigte/r: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name des Kindes/Jugendlichen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* [ ]  behandelnder Arzt (s. u. ausdrückliche Einwilligung): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* [ ]  Kinderklinik, SPZ (s. u. ausdrückliche Einwilligung): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* [ ]  Kindergarten: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* [ ]  Grundschulförderklasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben., Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum

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

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/r / Sorgeberechtigte/r



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

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

|  |  |
| --- | --- |
| An das SBBZ:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Posteingang am: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Allgemeine Schule:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Zuständige Lehrkraft / GS-Kooperationslehrkraft:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Datum, Unterschrift der Schulleiter/inKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Sonderpädagogische Beratung seit: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.SBBZ: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. [ ]  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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Datum** | **Name Schulleiter/-in des SBBZ** | **Unterschrift Schulleitung SBBZ** |

Bemerkungen:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.