|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antrag auf Feststellung/Weiterbewilligung/Änderung**  **des SBA mit Lernortklärung** | | | | | |
| SSAMAK_Logo_rgb_pos | | **Feststellung** (Anlage: Sonderpädagogisches Gutachten des SBBZ)  **Weiterbewilligung** (Anlage: fachliche Stellungnahme des SBBZ)  **Änderung des SBA:** (Anlage: fachliche Stellungnahme des SBBZ)  Wechsel des Förderschwerpunktes/Bildungsganges  Wechsel Inklusion/Kooperative Organisationsform/SBBZ  Schulwechsel  Wechsel teilstationär/stationär  Aufhebung | | | |
|  | | | | | |
| **An das Staatliche Schulamt Markdorf Am Stadtgraben 25 88677 Markdorf** | | | | Name/Anschrift SBBZ  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Gutachter/in | | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Aktuelle Daten Schüler/in** | Nachname | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Vorname | | Nationalität | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | weibl.  männl.  div. |
| zuständige Schule | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Schulbesuchsjahr | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Sorgeberechtigte** | Sorgeberechtigte  (Mutter, Vater, Vormund) | | |  |  |
| Name, Vorname | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Gemeinsamer Wunsch für die zukünftige Beschulung**  (Schule, Eltern, ggf. Kostenträger) | Lernort/Name der Schule | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.  allg. Schule | |
| Organisationsform | | | SBBZ Kooperative Organisationsform  Inklusion | |
| Schwerpunkt | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| künftige Klassenstufe/ Bildungsgang | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Aufnahmedatum | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Befristungsvorschlag | | | Ende Schuljahr Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Weitere Angaben** Privatschule | Betreuungsform | | | extern/teilstationär  vollstationär | |
| Kostenträger/ Sachbearbeiter/in | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Kostenzusage bis | | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |

Diese Antragstellung entspricht dem Wunsch aller Sorgeberechtigten.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schulleitung des SBBZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_