|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Schulleitung des SBBZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

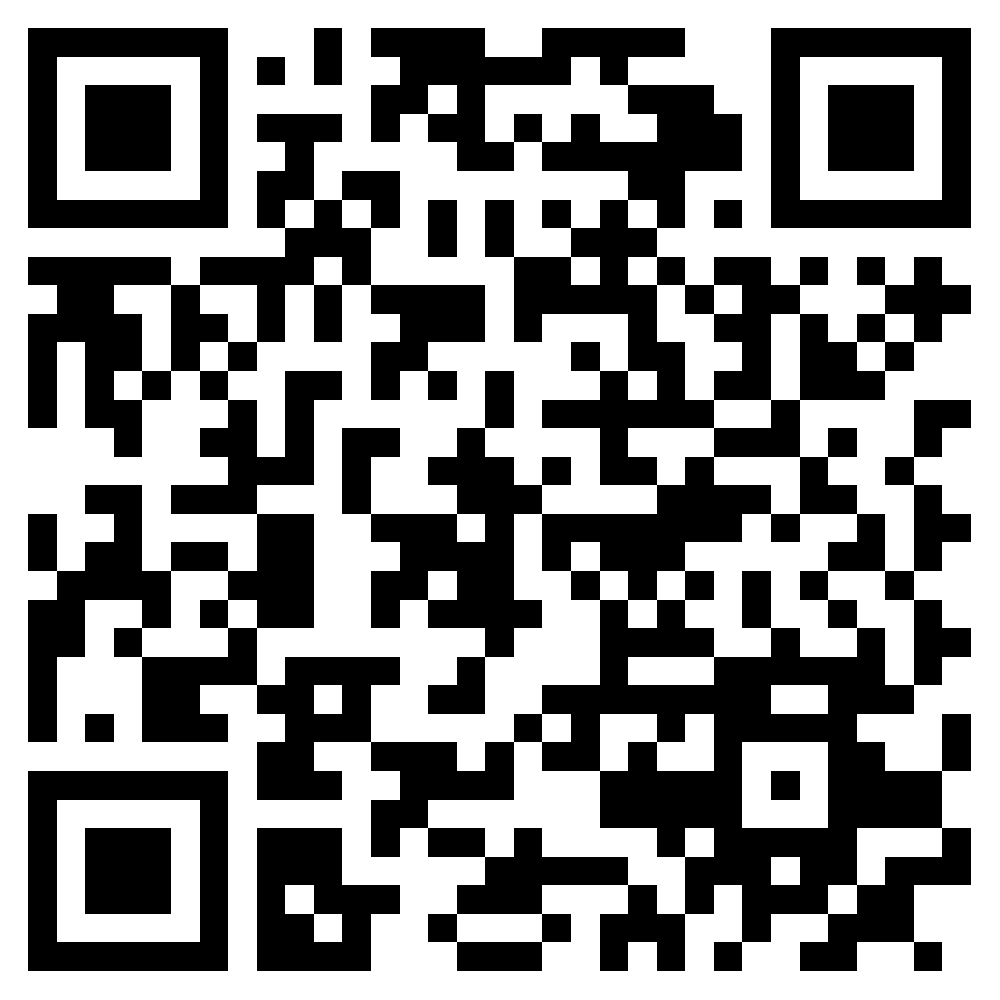


|  |
| --- |
| **Sonderpädagogisches Gutachten**  **Bei Antrag auf Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot** |

|  |
| --- |
|  |
| *Fördernde und hemmende Faktoren in folgenden Bereichen:* |
| **Anlass**  *Fragestellung für den Sonderpädagogischen Dienst und aktuelle Situation in Schule/Kindertagesstätte* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Eindruck vom Kind**  *z.B. freundlich, offen, zurückgezogen etc.* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Körperfunktionen**  *Diagnostik der Gesundheitsaspekte (Wahrnehmung, Hören, Sehen, chronische Erkrankungen, Sprechen, Motorik, Intelligenz etc.)* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kompetenzen und deren Auswirkung auf Aktivität und Teilhabe** *Lernen und Wissensanwendung (Deutsch, Mathematik etc.), Kommunikation, Interaktion, Mobilität, Selbstversorgung* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Personenbezogene Faktoren und deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe**  *Anamnestische Darstellung: Motivation, Selbstbild, Verhaltensmuster, Gewohnheiten, Bewältigungsstile, Umgang mit Behinderung, besondere Fähigkeiten, Begabungen und Interessen etc.* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Umweltfaktoren und deren Auswirkungen auf Aktivität und Teilhabe**  *Familiäre Situation, häusliches Umfeld, relevante Besonderheiten der Kindheit, kultureller Hintergrund, Einstellungen, Religion, Tagesablauf/Rituale, Hobbys, Vereine, Freunde, andere Unterstützungssysteme oder Hilfen etc.* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Benötigte Unterstützung**  *Hilfsmittel, Rahmenbedingungen, besondere Fördermaßnahmen, zusätzliche Hilfen* |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lehrkraft der Sonderpädagogik** | | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| Nachname, Vorname | Dienstbezeichnung | | |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |  | |
| Ort, Datum | | | Unterschrift Lehrkraft der Sonderpädagogik |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |  |
| Ort, Datum | | | Unterschrift Schulleitung des SBBZ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anhang Elterngespräch**  **zum sonderpädagogischen Gutachten bei Feststellung**  **zur schulischen Stellungnahme bei Weiterbewilligung/Änderung** | | | |
| *Eine Entscheidung zum Sonderpädagogischen Bedarf und zum Lernort des Kindes/Jugendlichen trifft das Staatliche Schulamt Markdorf (SSA MAK). Der Lernort wird im Rahmen des qualifizierten Wahlrechts von den Sorgeberechtigten gewählt. Der Wunsch der Sorgeberechtigten ist handlungsleitend. Grundlage ist der Bedarf, der durch das Gutachten erfasst und vom SSA MAK festgestellt wird. Ein Bescheid wird i.d.R. erstellt, wenn im Vorfeld ein Einvernehmen aller hergestellt werden kann; bei den privaten SBBZ umfasst dies die Landratsämter.* | | | |
| Name/ Vorname des Kindes/Jugendlichen  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Geburtsdatum  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Ort/Datum/Zeit des Gesprächs  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | Teilnehmende  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Das Gutachten wurde mit den Sorgeberechtigten ausführlich besprochen. Fragen zum Gutachten konnten geklärt werden.** | | | |
|  | | | |
| **Die Sorgeberechtigten haben sich zu den Inhalten des Gutachtens wie folgt geäußert:**  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | | |
|  | | | |
| **Falls ein Anspruch durch das SSA MAK festgestellt wird, haben die Sorgeberechtigten Interesse an folgender Umsetzung:** | | | |
| **Beschulung** | | | **Schulname und Ort** |
| im SBBZ | | |  |
| in einer kooperativen Organisationsform | | |  |
| inklusiv an einer allg. Schule | | |  |
|  | | | |
| Mit obigen Inhalten und Angaben sind einverstanden: | | | |
| Datum | Unterschrift Gesprächsleitung Unterschrift aller Sorgeberechtigten | | |



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