|  |  |
| --- | --- |
| An das zuständige SBBZ | Antragstellende Schule (Stempel) |
|  |
| (wenn bekannt) Name Klassenlehrerin/  Klassenlehrer |

|  |
| --- |
| Antrag auf sonderpädagogische Beratung und Unterstützung  im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes  Hören/ Sehen/ körperliche und motorische Entwicklung  **Vorlage bis spätestens 15.06. beim zuständigen SBBZ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Angaben zur Person des Kindes oder der/ des Jugendlichen | | |
| Nachname, Vorname | Geschlecht | geboren am |
|  | Mädchen  Junge |  |
|  | | |
| Geburtsort/ Kreis | Staatsangehörigkeit | Asylbewerber/ in |
|  |  | ja  nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktuell besuchte Schule | | | |
| Schuljahr | Schulbesuchsjahr | Klassenstufe | Schulart, Name, Ort |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zu den Erziehungsberechtigten | |
| Mutter  gesetzliche Vertreterin | Vater  gesetzlicher Vertreter |
| Nachname:  Vorname:  Straße und Nr.:  PLZ und Wohnort:  Festnetztelefon:  Mobiltelefon:  E-Mail-Adresse: | Nachname:  Vorname:  Straße und Nr.:  PLZ und Wohnort:  Festnetztelefon:  Mobiltelefon:  E-Mail-Adresse: |
| Erziehungsberechtigt ist/ sind:  beide Eltern  Mutter  Vater  gesetzl. Vertreter | |
| Bemerkungen: | |

|  |
| --- |
| Einverständnis der Eltern |
| Einverständnis der Eltern liegt vor  Einverständnis der Eltern liegt nicht vor |

|  |
| --- |
| Förderbereiche |
| Hören  Sehen  körperliche und motorische Entwicklung |

|  |
| --- |
| Art der Hilfeanforderungen Mehrere können angekreuzt werden |
| Beratung von Lehrkräften  Beratung von Eltern  Einzelfallbezogene Diagnose und Förderplanung  Unterstützung beim Aufbau von Hilfesystemen bzw. bei der Entwicklung von Förderkonzepten  Sonderpädagogische Förderung im Rahmen des Unterrichts  Sonderpädagogische Förderung in einer Gruppe |

|  |
| --- |
| Sonstige Ergänzungen, Erläuterungen, Hinweise |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift1 der/ des Erziehungsberechtigten |

oder

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der Vormundin/ des Vormunds |

|  |
| --- |
| Kooperationspartner/ Förderbedarf auszufüllen vom SBBZ |
| Zuständiges SBBZ für ein Hilfeangebot:    Förderbedarf festgestellt  nicht festgestellt  Umfang:  Betreuung/ Förderung durch den  Betreuung/ Förderung nicht möglich  Sonderpädagogischen Dienst möglich    Einsatzdauer ca. von:       bis: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift zuständige Fachkraft SBBZ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entbindung von der Schweigepflicht | | |
| Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass das oben genannte Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/ unser Kind zum Zweck der sonderpädagogischen Beratung und Unterstützung bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen und elektronisch sowie in Papierform speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. | | |
|  | | |
|  | | Bisherige Ansprechpartner und Unterlagen |
| Klinik | ja  nein |  |
| Arzt | ja  nein |  |
| Frühförderung | ja  nein |  |
| Kindergarten | ja  nein |  |
| Eingliederungshilfe | ja  nein |  |
| Therapeuten | ja  nein |  |
| Jugendamt | ja  nein |  |
| Beratungsstelle | ja  nein |  |
| Schule | ja  nein |  |
|  | ja  nein |  |
|  | | |
| Diese Einwilligung/en kann/ können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden. | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift1 der/ des Erziehungsberechtigten |

oder

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der Vormundin/ des Vormunds |

|  |
| --- |
| Einwilligung in die Datenverarbeitung |
| Ich willige/ wir willigen ein, dass das oben genannte Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum meine/ unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der sonderpädagogischen Beratung und Unterstützung nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch sowie in Papierform verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des oben genannten Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums. Ich kann beim oben genannten Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/ unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.  Ich willige/ wir willigen ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/ unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen. |
|  |
| Diese Einwilligung/en kann/ können verweigert werden. Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift1 der/ des Erziehungsberechtigten |

oder

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der Vormundin/ des Vormunds |

Unterschrift(en)1

1 Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf (Bitte Nachweis anfügen). In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.