|  |
| --- |
| Übergang auf eine berufliche Schule, in eine Berufsausbildung  oder eine Berufsvorbereitung Schülerinnen und Schüler mit festgestelltem Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, Sehen, Hören oder  körperliche und motorische Entwicklung gemäß §20-21 SBA-VO  **Vorlage möglichst bis zum 01.05. beim Staatlichen Schulamt Albstadt** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: | |

|  |
| --- |
| Empfehlung aus Sicht der Sonderpädagogik bezüglich des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot im kommenden Schuljahr 20     / |
| Der Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot besteht zum kommenden Schuljahr nicht mehr bzw. sonderp. Beratung und Unterstützung (sonderp. Individualhilfe) reicht aus. |
| Der Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot besteht zum kommenden Schuljahr weiterhin (siehe beigefügter pädagogischer Bericht).  **🡪 Blatt Fehler! Textmarke nicht definiert. „Wahl der Erziehungsberechtigten“ ausfüllen** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Empfehlung zum Förderschwerpunkt und Bildungsgang  Bitte ankreuzen/ benennen und falls erforderlich den jeweiligen Bildungsgang einfügen | | |
|  | | |
| **Förderschwerpunkt** | | **Bildungsgang** |
|  | Geistige Entwicklung | |
|  | Körperliche und motorische Entwicklung |  |
|  | Sehen |  |
|  | Hören |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Ort, Datum | | Unterschrift Lehrkraft der Sonderpädagogik |

|  |
| --- |
| Übertritt in die Sekundarstufe II - Wahl der/ des Erziehungsberechtigten  **Der Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot besteht für das kommende  Schuljahr in der Sekundarstufe II fort.** |
| Bitte ankreuzen:  allgemeine Schule/ inklusive Bildung ggf. gewünschte Schule angeben:  sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) kooperative Organisationsform eines SBBZ |
| **Ggf. Ergänzungen und Erläuterungen** |

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

oder

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

und

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Ort, Datum | | Unterschrift Schulleitung der besuchten Schule |

|  |
| --- |
| Einwilligung in die Datenverarbeitung |
| Ich willige/ wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Albstadt meine/ unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch in einer zentralen Datenbank verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des Staatlichen Schulamts Albstadt sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik. Ich kann beim Staatlichen Schulamt Albstadt Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/ unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig. Liegen der Schule jedoch konkrete Hinweise auf einen Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot vor und wird von mir/ uns kein Antrag gestellt, ist der Antrag von der Schule beim Staatlichen Schulamt zu stellen.  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.