|  |  |
| --- | --- |
| **an das**  Staatliche Schulamt Albstadt  Lautlinger Straße 147-149  72458 Albstadt | Anschrift: Schulkindergarten  oder Beratungsstelle:           **Eingang:** |

|  |
| --- |
| **Sonderpädagogische Stellungnahme**  **zur Aufnahme in den Schulkindergarten** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zu den Sorgeberechtigten | |
| 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: |
| Sorgeberechtigt ist/ sind: beide Eltern Mutter Vater gesetzl. Vertreter/ Vormund | |
| Bemerkungen: | |
|  | |
| **weitere Kinder in der Familie** | |
| Name:       Geburtsjahr: | Name:       Geburtsjahr: |
| Name:       Geburtsjahr: | Name:       Geburtsjahr: |

|  |
| --- |
| Fragestellung, Anlass der Untersuchung |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zeitlicher Ablauf | |
| Wann? | Was? (durchgeführte Verfahren, Gespräche, etc.) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Übersicht über die bisherige Betreuung und Begleitung |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besuchte Kindertagesstätten | | |
| Zeitraum | Name (Bezeichnung) der Einrichtung | Ort, Anschrift, Ansprechpartner |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Förderangebote (Einverständnis der Eltern) (Maßnahmen im Kindergarten, Frühförderstellen, Krankengymnastik, Ergotherapie, Motopädie, Erziehungsberatung, Logopädie, medizinische Dienste, Fachärzte) | | | |
| Zeitraum | Name (Bezeichnung) der Einrichtung | | Ort, Anschrift, Ansprechpartner |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| Schriftliche Unterlagen (sofern vorhanden) | | beigefügt  einzusehen bei: | |

|  |
| --- |
| Anamnestische Daten und familiäre Situation |
|  |

|  |
| --- |
| Darstellung der Ergebnisse |
| Körperliche Entwicklung **Körperfunktionen, Motorik, Selbstversorgung, Pflege, Gesundheitsprobleme (Hören, Sehen, chronische  Erkrankungen…)**   Wahrnehmung und Aufmerksamkeit **Auditiv, visuell, taktil, …; Aufmerksamkeit fokussieren, lenken, …**   Sprache und Kommunikation **Spracherwerb, Sprachverständnis, Wortschatz, Grammatik, Artikulation, Pragmatik,…**   Kognition und Merkfähigkeit **Denken, Spielen, Handlungsplanung, Gedächtnisfunktionen**   Sozialverhalten/ Emotionalität **Selbstbild, Umgang mit Konflikten, Beziehungsfähigkeit, Motivation, Frustrationstoleranz …**   Spielverhalten **Exploration, symbolisches Spiel, Beobachtungs-, Parallel-, Kooperationsspiel**   Selbstständigkeit **Tägliche Routinen, …** |

|  |
| --- |
| Darstellung des Unterstützungsbedarfs zur Aktivität und Teilhabe |
|  |

|  |
| --- |
| Zusammenfassung und Empfehlung |
|  |

|  |
| --- |
| Anlagen |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Lehrkraft der Sonderpädagogik | |
| Nachname, Vorname | Dienstbezeichnung |
|  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Ort, Datum | | Unterschrift Leitung Schulkindergarten |

|  |
| --- |
| 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 Aufnahme in den Kindergarten 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  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 Sorgeberechtigten |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift1 gesetzl. Vertreter/ Vormund |

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.