|  |  |
| --- | --- |
| **Über die zuständige allgemeine Schule**  **oder**  **bei Einschulung auf Wunsch der Erziehungsberechtigten**  **auch über die Stellen der sonderpädagogischen  Beratung, Frühförderung und Bildung an einem SBBZ**  **an das**  Staatliche Schulamt Albstadt  Lautlinger Straße 147-149  72458 Albstadt | Schuladresse/ -stempel |

|  |
| --- |
| Antrag der/ des Erziehungsberechtigten  zur Prüfung des Anspruchs  auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot  gemäß Schulgesetz von Baden-Württemberg §82 Feststellung des Anspruchs  **Vorlage bis spätestens 01.02. 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 (nur bei Schülerinnen und Schülern) | | | |
| 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: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit beantrage ich/ beantragen wir die Prüfung des Anspruchs  auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot für mein/ unser Kind. | |
| Bitte ankreuzen: | |
| Kind vor der Einschulung  (evtl. unter Mitwirkung der Stellen der   sonderpäd. Beratung/ Frühförderung) | Schülerin/ Schüler  (evtl. unter Mitwirkung der allgemeinen Schule) |

|  |
| --- |
| Name und Anschrift der zuständigen allgemeinen Schule |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorschulische Einrichtungen | | |
| Zeitpunkt | Einrichtung | ggf. Ansprechpartner |
| von:  bis: | Name:  Straße:  PLZ Ort: |  |
| von:  bis: | Name:  Straße:  PLZ Ort: |  |

|  |
| --- |
| Bericht der vorschulischen Einrichtung (nur bei Einschulung) Bitte einfügen oder als Anhang beifügen |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schullaufbahn | | | | |
| Zurückstellung vom Schulbesuch durch die Schulleitung der zuständigen Grundschule.  Name der Schule: | | | | |
|  | | | | |
| Schuljahr | Schulbesuchsjahr | Klassenstufe | Schulart, Name, Ort | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  | | | | |
| Aktuelle Klassenlehrerin/ aktueller Klassenlehrer | | | | Schriftliche Unterlagen (sofern vorhanden) |
|  | | | | einzusehen bei:  beigefügt (bei Punkt 15 Anlagen auflisten) |

|  |
| --- |
| Aus welchen Gründen wünschen Sie die Überprüfung des Anspruchs auf ein  sonderpädagogisches Bildungsangebot? |
| Klärung des Lernortes  Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch |
| **Erläuterungen** |

|  |
| --- |
| Wird der Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot festgestellt,  wünsche ich/ wünschen wir die Umsetzung an |
| Bitte ankreuzen:  einer allgemeinen Schule im inklusiven Bildungsangebot. einem sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ). Alternativ:  Entscheidung erst nach Beratung (inklusives Bildungsangebot oder SBBZ). |

|  |
| --- |
| Beauftragte Lehrkraft |
| Ich wünsche mir/ wir wünschen uns für die Durchführung der sonderpädagogischen Diagnostik die mir/ uns bekannte Lehrkraft aus dem Sonderpädagogischen Dienst.  Name der Lehrkraft und SBBZ: |

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

oder

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entbindung von der Schweigepflicht | | |
| Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Albstadt und die von diesem beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/ unser Kind zum Zweck der Prüfung und Feststellung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot und des geeigneten Lernortes bei folgenden Stellen anfordern, besprechen und austauschen 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. Mir/ uns ist bekannt, dass sich mein/ unser Kind auf Verlangen der Schulaufsichtsbehörde nach § 82 Abs. 2 Schulgesetz an der sonderpädagogischen Diagnostik (pädagogisch-psychologische Prüfung ggf. einschließlich Schulleistungsprüfung und Intelligenztest) zu beteiligen und vom Gesundheitsamt untersuchen zu lassen hat. | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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 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.  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.

# - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

# Ab hier erfolgt die Bearbeitung durch die Schulleitung

|  |
| --- |
| Sonderpädagogische Hilfen an der allgemeinen Schule |
| **Datum der Information an die/ den Erziehungsberechtigten/ die Erziehungsberechtigte:**  **Der Sonderpädagogische Dienst war tätig im Zeitraum vom:**       **bis:** |

|  |
| --- |
| Pädagogischer Bericht des Sonderpädagogischen Dienstes  und der allgemeinen Schuleoder der Stellen der sonderpädagogischen Beratung und Frühförderung Bitte einfügen oder als Anhang beifügen |
|  |
| Name des beteiligten SBBZ: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Klassenlehrerin/ Klassenlehrer  der allgemeinen Schule |

und/ oder

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

|  |
| --- |
| Anlagen |
| Kopie Pädagogischer Bericht der allgemeinen Schule (Formular 1) vom:  Kopie des letzten Zeugnisses/ Schulberichtes (nur bei Überprüfung im Förderschwerpunkt Lernen) |

|  |  |
| --- | --- |
| Das sonderpädagogische Unterstützungsangebot (Sonderpädagogischer Dienst) reicht nicht aus. Ein Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot wird vermutet. | |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulleitung der allgemeinen Schule |

|  |  |
| --- | --- |
| Wir empfehlen die Überprüfung im Förderschwerpunkt Bitte ankreuzen/ benennen | |
|  | |
| **Förderschwerpunkt** | |
|  | Lernen |
|  | Sprache |
|  | Emotionale und soziale Entwicklung |
|  | Geistige Entwicklung |
|  | Körperliche und motorische Entwicklung |
|  | Sonst.: |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Schulleitung der allgemeinen  Schule/ des SBBZ |