

STAATLICHES SCHULAMT MANNHEIM

|  |  |
| --- | --- |
| An daszuständige SBBZNardini-Schule WalldürnPrivates SBBz ESENZAdolf-Kolping Str.2874731 Walldürn | Name Allg. SchuleText eingeben[ ]  Die Daten in I. und II. sind auf Voll-ständigkeit und Richtigkeit überprüft. |

**Anforderung des Sonderpädagogischen Dienstes**

**eines Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums**

🡪 Bitte direkt an das zuständige SBBZ schicken!

1. Personenbezogene Daten des Kindes/Jugendlichen

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
|       |       |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Geschlecht | Staatsangehörigkeit |
|       |       |       |       |
| Straße, Hausnummer |
|       |
| PLZ, Wohnort |
|       |
| Derzeit besuchte Einrichtung/Schule: | Klassenstufe: |
|       |       |
| Bei einzuschulenden Kindern: Zuständige Grundschule des Wohnbezirks:      |

1. Erziehungs- / Sorgeberechtigte

|  |  |
| --- | --- |
| *Name* | *Vorname* |
|       |       |
| *Bitte ankreuzen: Diese Person ist…* |
| [ ]  leiblicher Vater[ ]  leibliche Mutter | [ ]  sorgeberechtigt[ ]  nicht sorgeberechtigt | [ ]  gesetzlicher Vertreter/ Vormund |
| *Telefon Festnetz*      | *Telefon Mobil*      | *E-Mail*      |
| *Straße, Hausnummer*      |
| *PLZ*      | *Wohnort*      |

|  |  |
| --- | --- |
| *Name* | *Vorname* |
|       |       |
| *Bitte ankreuzen: Diese Person ist…* |
| [ ]  leiblicher Vater[ ]  leibliche Mutter | [ ]  sorgeberechtigt[ ]  nicht sorgeberechtigt | [ ]  gesetzlicher Vertreter/ Vormund |
| *Telefon Festnetz*      | *Telefon Mobil*      | *E-Mail*      |
| *Straße, Hausnummer*      |
| *PLZ*      | *Wohnort*      |

1. Fragestellung, Erwartung an den Sonderpädagogischen Dienst

|  |
| --- |
| Text eingeben |

1. In welchem Bereich liegt nach Ihrer Einschätzung der Förderbedarf der Schülerin/des Schülers? Bitte ankreuzen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Lernen[ ]  Sprache[ ]  Geistige Entwicklung | [ ]  Sehen[ ]  Hören | [ ]  Körperlich-motorische Entwicklung[ ]  Sozial-emotionale Entwicklung[ ]  Sonstiges:       |

|  |
| --- |
| 1. Dokumentation der Förderung und Entwicklung
 |
|  |
| Unterricht und Schule |
| Wann? Wie lange? Text eingeben | Fördermaßnahmen im Unterricht (z.B. Diff.-Maßnahmen, …)Text eingebenFördermaßnahmen in der Schule (z.B. Förderkurse, Wiederholung, …)Text eingeben |
| Beratungslehrkraft |
| Wann? Wie lange? Text eingeben | Dokumentation der TätigkeitText eingeben | EmpfehlungText eingeben |
| Begleitende Hilfen |
| Wann? Wie lange? Text eingeben | Art der Hilfe (Schulbegleitung, Therapeuten, Psychologen, etc.)Text eingeben | Dokumentation der TätigkeitText eingeben |

1. Kurzbeschreibung der Problematik

Bitte beschreiben Sie im Folgenden kurz die Problematik des Kindes aus Ihrer Sicht. Davor sollte die Problematik in der Klassenkonferenz erörtert worden sein. Schreiben sie so viel und exakt wie möglich, lassen Sie weg, was Sie nicht beantworten können.

Beachten Sie folgende Leitlinien:

* Warum halten Sie das Kind für förderbedürftig?
* Was fällt Ihnen an dem Kind auf?
* Wie oft fällt das Kind auf? Sind die Auffälligkeiten konstant oder situationsabhängig? Wenn ja, wann treten sie auf, wovon hängen Sie ab?
* Beschreiben Sie das Verhalten des Kindes im Unterricht, außerhalb des Unterrichts, gegenüber Mitschülern, Lehrkräften, sonstigen Personen, ....
* Arbeitstempo, Arbeitsweise, Ausdauer, Sorgfalt, Unterschiede in verschiedenen Fächern, bei verschiedenen Lehrkräften
* besondere Begabungen, Stärken, Vorlieben, Interessen des Kindes
* besondere Lernprobleme, Schwächen und Abneigungen
* besondere Probleme in einzelnen Fächern
* Auffälligkeiten in Motorik, Sprache, Wahrnehmung, Lernverhalten, Sozialverhalten, Krankheiten, Behinderungen,...
* Worin besteht Ihrer Ansicht nach die Ursache des Problems? Hypothesen?
* Haben Sie schon Lösungs-/ Hilfsideen?

|  |
| --- |
| Text eingeben |

1. Anhörung der Erziehungsberechtigten

Die Erziehungsberechtigten wurden zum Einsatz des Sonderpädagogischen Dienstes angehört.

Datum der Anhörung: Text eingeben

[ ]  Die Erziehungsberechtigten haben sich hierzu nicht geäußert

[ ]  Das Einverständnis ist gegeben.

[ ]  Das Einverständnis ist nicht gegeben.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Schulleiter/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Zustimmung der Erziehungsberechtigten zum Einsatz eines Intelligenztest im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes

[ ]  Ich/Wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes ein Intelligenztest mit unserem Kind durchgeführt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten