|  |
| --- |
| An das**Staatliches Schulamt Rastatt****Ludwigring 7****76437 Rastatt**(auf dem Dienstweg) |

Staatliches Schulamt Rastatt ⬩ Ludwigring 7 ⬩ 76437 Rastatt ⬩ Tel: 07222-9169-0 ⬩ Fax: 07222-9169-299

**Bitte am PC ausfüllen**

|  |
| --- |
| **Antrag auf Kooperation****Sonderpädagogischen Dienst des SBBZ mit dem Förderschwerpunkt****emotionale und soziale Entwicklung** |

|  |
| --- |
| **Meldende Schule** |
| Name der Schule, Adresse, Telefonnummer (ggf. Schulstempel)      | Schulleiter/in      |

Für den unten genannten Schüler/Schülerin reichen die bisherigen Förder- und Differenzierungsmaßnahmen nicht aus, um weiterhin erfolgreich eine Teilhabe am Bildungsangebot zu erhalten. Daher bitten wir um sonderpädagogische Beratung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname des Kindes** | **geboren am** |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Bemerkungen (füllt das SBBZ zu internen Zwecken aus)** |

**Vermerk SSA:**

Weitergeleitet am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weitergeleitet an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Angaben zum Kind** |
| Name, Vorname      | Geburtsdatum und –ort      | Staatsangehörigkeit      | Muttersprache      |
| [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers |
| Adresse des Kindes      |

**Diese Informationen sind für eine erfolgreiche Beratung notwendig**

|  |
| --- |
| **Erziehungsberechtige/r** |
| Name, Vorname      | sorgeberechtigt[ ]  ja [ ]  nein |
| Telefon Festnetz      | Mobilnummer      |
| E-Mailadresse      |
| Straße/ Hausnummer      | PLZ Wohnort      |
| Bemerkungen (Pflegefamilie/ Vormundschaft/alleiniges Sorgerecht/Aufenthaltsbestimmungsrecht,…)      |
| **Erziehungsberechtigte/r** |
| Name, Vorname      | sorgeberechtigt[ ]  ja [ ]  nein |
| Telefon Festnetz      | Mobilnummer      |
| E-Mailadresse      |
| Straße/ Hausnummer      | PLZ Wohnort      |
| Bemerkungen (Pflegefamilie/ Vormundschaft/alleiniges Sorgerecht/Aufenthaltsbestimmungsrecht,…)      |

|  |
| --- |
| **Schulbiografie des Schülers/der Schülerin** (bitte ausfüllen soweit bekannt) |
| Bisher besuchte vorschulische Einrichtungen ( z.B. Kindergarten, GFK) |
| Zeitraum | Einrichtung | Ggf. Ansprechpartner |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Schulbesuch** |
| Jahr der Einschulung      | Schulbesuchsjahr      | Aktuelle Klasse      |
| Schuljahr | SBJ | Klasse | Schule/Einrichtung |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Aussagen zum Schüler/zur Schülerin** |
| Was hindert den Schüler/die Schülerin daran, die Bildungsziele der allgemeinen Schule zu erreichen? Nennen Sie bitte eindeutige Indikatoren, die dies verhindern (z.B. ständiges Überschreiten von Regeln und Vereinbarungen, die nachhaltig den Unterrichtsablauf einschränken, fehlende Frustrationstoleranz, geringe Impulskontrolle, extremer sozialer Rückzug …) **Bitte Beispiele nennen!**      |

|  |
| --- |
| Was kann der Schüler/die Schülerin besonders gut, wo liegen die Stärken? (Interessen/ Begabungen)      |
| Wer oder was hilft, unterstützt?      |

|  |
| --- |
| **Dokumentation über die Förderung der allgemeinen Schule** (inklusive Wirksamkeit z.B. Verstärkersystem, regelmäßige Elterngespräche, Einbeziehung der Schulsozialarbeit, …) |
| Fördermaßnahme | Zeitraum | Beurteilung der Wirksamkeit |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Maßnahmen gem. § 90 Schulgesetz ( Erziehungs- und Ordnungsmaßnahmen)** |
| Datum | Maßnahme |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Gibt es weitere außerschulische Unterstützungssysteme für den Schüler/die Schülerin** (z.B. Familienhilfe, psychologische Begleitung, fachärztliche Begleitung…) |
|       |

Ort/Datum Schulleiter/in

**Dieses Formular bitte auf dem Postweg an das SSA Rastatt senden. Es wird den zuständige SBBZ/ESEnt zugeordnet. Die Einverständniserklärung der Eltern muss beigefügt sein (siehe letztes Blatt).**



STAATLICHES SCHULAMT RASTATT

**Schweigepflichtsentbindung der Sorgeberechtigten zur Erstellung einer Sonderpädagogischen Diagnostik und Beratung**

Name des Kindes:       Geburtsdatum:

Name(n) der/des Sorgeberechtigten:

Anschrift:

**Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die beauftragte Lehrkraft**

**im Auftrag des Staatlichen Schulamtes Rastatt Informationen/Befunde/Gutachten über mein/unser Kind**

|  |  |
| --- | --- |
| Institution | Ansprechpartner mit Kontaktdaten |
| [ ]  | des Kindergartens/der Grundschulförderklasse |  |
| [ ]  | der Frühförderung |  |
| [ ]  | des Sozialpädiatrischen Zentrums |  |
| [ ]  | des Jugendamtes |  |
| [ ]  | des Sonderpädagogischen Dienstes einer anderen Förderschwerpunktes |  |
| [ ]  | der ärztlichen Praxis/ |  |
| [ ]  | An der Beschulung Beteiligten |  |
| [ ]  |       |  |

**einholen, besprochen, austauschen und speichern darf.**

Die Datengewinnung ermöglicht der beauftragten Lehrkraft die am pädagogischen Prozess Beteiligten zu beraten. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Mir/Uns ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindung freiwillig ist und jederzeit widerrufen werden kann.

**Ort, Datum, Unterschrift/en**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**