|  |
| --- |
| **Antrag der Erziehungsberechtigten (Teil 1)**  zur Überprüfung des Anspruches auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot  (Schulgesetz von Baden-Württemberg § 82 Feststellung des Anspruches und SBA-VO § 4  **bei Einschulung (Antragseingang bis 31.1.)** |

Wichtig: Die **Erziehungsberechtigten** geben dieses Antragsformular bei der **zuständigen Grundschule** ab.

Die allgemeine Schule pflegt den Schüler bzw. die Schülerin im dafür vorgesehenen Tool SPFA (Intranet – Onlineverfahren – Sonderpädagogische Fallarbeit) ein. Zusätzlich werden von der allgemeinen Schule sämtliche erforderlichen Unterlagen im Tool SPFA hochgeladen. Die Papierdokumente verbleiben in der Schule.

|  |
| --- |
| **Meldende Schule (füllt die zuständige Schule aus)** |
| Schulleitung |
| Kontaktdaten |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kind** | | | |
| Name | Vorname(n) | | männl. /  weibl. /  div. |
| Geburtsdatum | | Staatsangehörigkeit | |
| Muttersprache | | Verkehrssprache | |
| Straße | | PLZ Wohnort | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sorgeberechtigte** | | | | | |
| Name (Sorgeberechtigte\*r 1) | | | | Vorname | |
| Telefon | Mobil | | | E-Mail | |
| Straße | | | PLZ Wohnort | | |
| **Bemerkungen** (Pflegefamilie/Vormundschaft/alleiniges Sorgerecht/Aufenthaltsbestimmungsrecht) | | | | | |
| Name (Sorgeberechtigte\*r 2) | | | | | Vorname |
| Telefon | | Mobil | | | E-Mail |
| Straße | | | PLZ Wohnort | | |
| **Bemerkungen** (Pflegefamilie/Vormundschaft/alleiniges Sorgerecht/Aufenthaltsbestimmungsrecht) | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vorschulische Biografie des Kindes** | | |
| Aktuell besuchte vorschulische Einrichtung (Kontaktdaten, Ansprechpartner\*in) | | |
| **Bisher besuchte vorschulische Einrichtungen (bitte ausfüllen, wenn bekannt)** | | |
| *Zeitraum* | *Einrichtung* | *Ggf. Ansprechpartner\*in* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Aussagen zum Kind** | | |
| *Welche Stärken hat mein Kind? Was kann es besonders gut? Woran hat mein Kind Freude?* | | |
|  | | |
| *In welchen Bereichen benötigt mein Kind Unterstützung? Was stellt für mein Kind eine Herausforderung dar?*  *(z.B. mein/unser Kind erhält z.B. Logotherapie, kann sich nicht lange konzentrieren, …)* | | |
|  | | |
| *Was hindert den Schüler/die Schülerin daran, die Bildungsziele der allgemeinen Schule zu erreichen?* | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Voraussichtlicher Elternwunsch** |
| Falls es zu einem sonderpädagogischen Bildungsanspruch kommt, wünschen wir/wünsche ich für unser/mein Kind  den Besuch eines Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums  den Besuch eines inklusiven Bildungsangebotes  sind wir/bin ich noch unentschlossen |

|  |
| --- |
| **Anlagen** |
| Folgende Unterlagen sind beigefügt:  Die Einschulungsuntersuchung (Gesundheitsamt) wurde durchgeführt. Unterlagen sind beigefügt.  Der regionale Frühförderverbund am SBBZ wurde einbezogen. Bericht ist beigefügt.  Der Entwicklungsbericht des Schulkindergartens ist beigefügt.  Weitere Berichte sind beigefügt (z.B. Logopädie, fachärztliche Gutachten etc.). |

Hiermit beantragen wir/beantrage ich die Überprüfung des Anspruches auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot für unser Kind/mein Kind.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Sorgeberechtigte/r\* |  | Sorgeberechtigte/r\* |

\* Es sind die Unterschriften von beiden Sorgeberechtigten erforderlich.

**Wichtig**: Die Erziehungsberechtigten/der Erziehungsberechtigte geben/gibt den Antrag bei der zuständigen Grundschule ab.

|  |
| --- |
| **Einwilligung zur Datenverarbeitung bei der Überprüfung des**  **Sonderpädagogischen Bildungsanspruches** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum |
| Name(n) der/des Sorgeberechtigten: | |
| Anschrift der/des Sorgeberechtigten: | |

Ich willige / wir willigen ein, dass das Staatliche Schulamt Rastatt 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 Rastatt sowie die von diesem mit der sonderpädagogischen Diagnostik beauftragte Lehrkraft für Sonderpädagogik.   
Ich kann beim Staatlichen Schulamt Rastatt 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Ort, Datum |  | Sorgeberechtigte/r\* |  | Sorgeberechtigte/r\* |

\* Es sind die Unterschriften von beiden Sorgeberechtigten erforderlich.

|  |
| --- |
| **Entbindung von der Schweigepflicht**  **zur Erstellung einer gutachterlichen Stellungnahme für das Staatliche Schulamt Rastatt** |

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes | Geburtsdatum |
| Name(n) der/des Sorgeberechtigten: | |
| Anschrift der/des Sorgeberechtigten: | |

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass das Staatliche Schulamt Rastatt und die von Staatlichen Schulamt Rastatt beauftragte Lehrkraft des zuständigen Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums (SBBZ) **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 und in der zentralen Datenbank speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

|  |  |
| --- | --- |
| *Institution* | *Ansprechpartner mit Kontaktdaten* |
| Kindergarten/Grundschulförderklasse |  |
| Frühförderung |  |
| Sozialpädiatrisches Zentrum\* |  |
| An der Beschulung Beteiligte |  |
| Jugendamt |  |
| Sonderpädagogischer Dienst eines anderen Förderschwerpunktes |  |
| ärztliche Praxis\* |  |
|  |  |

Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen Ihre Einwilligung gelten soll

\*Ich willige 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. 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 |  | Sorgeberechtigte/r\*\* |  | Sorgeberechtigte/r\*\* |

\*\* 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. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.