

Schule

--

Datum

An das zuständige Sonderpädagogische Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ)

--

Nur am PC erstellen!

**Antrag auf Kooperation durch den Sonderpädagogischen Dienst
des Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrums**

<i>Name, Vorname des Kindes</i>	<i>geb. am</i>

Für den o.g. Schüler/ Schülerin reichen die bisherigen Förder- und Differenzierungsmaßnahmen nicht aus, um weiterhin erfolgreich am Unterricht der Schule teilzunehmen. Daher bitten wir um sonderpädagogische Beratung und Unterstützung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes.

Die Erziehungsberechtigten sind mit dem Antrag der Schule einverstanden.

Die Einverständniserklärung liegt bei.

Unterschrift der Schulleitung

<p>Vermerke des SBBZ (Eingang, beauftragter Lehrer, eingeleitet am...)</p>
--

Diese Informationen ermöglichen eine erfolgreiche Beratung:

Daten des Schülers

Vater (Name, Vorname)		<input type="checkbox"/> erziehungsberechtigt
Mutter (Name, Vorname)		<input type="checkbox"/> erziehungsberechtigt
Straße, Hausnr.		
PLZ, Ort		
Telefon	Telefon Arbeit	
Mobiltelefon	Mailadresse	
Weitere Daten:		

Schulische Daten (Die Angaben zur Erreichbarkeit sind freiwillig, erleichtern aber den Kontakt)

besuchte Klasse:		
Klassenlehrer/in:	Telefon:	Mail:
Kindergarten	vom	bis
Zurückstellung vom Schulbesuch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Besuch der Grundschulförderklasse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Einschulungsdatum		
Wiederholte Klassen		
Besuch anderer Schulen		

Erwartungen an die Kooperation mit dem Sonderpädagogischen Dienst

Was ist das Anliegen? Warum wird mit dem Sonderpädagogischen Dienst Kontakt aufgenommen?

Kurzbeschreibung des Problems des Schülers

Worin besteht das Problem, wie lange besteht es schon, was wird in Zukunft sein, wenn das Problem nicht gelöst werden kann,?

Stärken des Schülers

Was kann der Schüler gut, was hilft ihm, wer oder was unterstützt ihn, ...?

Bisher erfolgte Fördermaßnahmen

Wo?	Was?	Beurteilung der Wirksamkeit
im Unterricht		
in der Schule		
Außerschulische Maßnahmen		

(Name, Vorname/ n der/ des Sorgeberechtigten

(Datum)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Einwilligung

Hiermit erteile ich/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass eine vom Staatlichen Schulamt Rastatt beauftragte Kooperationslehrerkraft im Rahmen der Erstellung eines Pädagogischen Berichts und zur Beratung über mein/ unser Kind

Name:

geboren am:

mit den an der Beschulung Beteiligten sprechen darf und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen darf (Entbindung von der Schweigepflicht).

Unterschrift/en

Darüber hinaus erteile ich/ erteilen wir unsere Einwilligung, dass eine vom Staatlichen Schulamt Rastatt beauftragte Kooperationslehrerkraft im Rahmen der Erstellung eines Pädagogischen Berichts und zur Beratung über mein/ unser Kind mit Therapeuten und Ärzten sprechen darf und in entsprechende Unterlagen Einsicht nehmen darf.

Unterschrift/en