|  |
| --- |
| **Erstantrag auf**  **intensivpädagogische Förderung bei Schwerstbehinderung**  **gemäß § 15 AO-SF**  gem. §15 Abs. 1 Buchstabe a) AO-SF (Schülerinnen und Schüler, deren Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung in den Förderschwerpunkten Geistige Entwicklung, Körperliche und motorische Entwicklung, Sehen oder Hören und Kommunikation erheblich über das übliche Maß hinausgeht) |

-Schulstempel-

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Schule: |  |
| Schulnummer: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schüler/in:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | W | | M | |  | | | | |  | | |  | |  | |
| **Name, Vorname** | | | **Geschlecht** | | | | **geb.** | | | | | **Staatsangehörigkeit** | | | **Muttersprache** | | **Konfession** | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **Straße** | | | | | **PLZ** | | | | | | **Ort** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Schulbesuchsjahr** | | | | | | | | **Klasse** | | | | | | | | | | |
| **Sorgeberechtigte**: | **Eltern** |  | | **Vater** |  | **Mutter** | | |  | **Vormund** | | |  | **Pfleger** | |  | **Amt** |  |
| 1. | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Straße, PLZ, Ort: ,** | | | | | | | | **Telefon** | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Straße, PLZ, Ort: ,** | | | | | | | | **Telefon** | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bisherige(r) Förderschwerpunkt(e): |  |

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

Unterschrift Schulleitung

**Entscheidung der Schulaufsicht**

Hiermit **ordne** ich die o.g. Schülerin/den Schüler der Gruppe der Schwerstbehinderten gem. §15 AO-SF für das Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zu.

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

Datum, Unterschrift Schulaufsicht

**1. Entwicklungsbericht:**

|  |
| --- |
|  |
| * 1. *Schullaufbahn*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| * 1. *Angaben zum/zu den Förderschwerpunkt(en)/Bildungsgang*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| * 1. *Darstellung des Entwicklungsstandes und der Lern- und Leistungsentwicklung unter Bezugnahme des aktuellen Förderplans.*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| * 1. *Ausführliche Darstellung der in Anspruch genommenen Unterstützungsmöglichkeiten und der bereits ergriffenen zusätzlichen Maßnahmen*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| * 1. *Evaluation der bisherigen Förderung*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| * 1. *Zusammenfassung*   Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| *Anlage: (evaluierter) individueller Förderplan* |
| *Anlage: Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten* |

**Datum und Unterschrift der Lehrkraft**

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

**Einverständniserklärung**

für Eltern und Sorgeberechtigte zum Antrag auf Zuordnung zur Gruppe der Schwerstbehinderten gemäß § 15 AO-SF (Intensivpädagogische Förderung).

*Nicht Zutreffendes bitte streichen.*

1. Hiermit erkläre ich mich mit einer Zuordnung meines Kindes       zur Gruppe der Schwerstbehinderten, gemäß § 15 der Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (AO-SF), **einverstanden**.
2. Hiermit erkläre ich mich mit einer Zuordnung meines Kindes       zur Gruppe der Schwerstbehinderten, gemäß § 15 der Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke (AO-SF), **nicht einverstanden** und wünsche ein Beratungsgespräch mit der zuständigen Schulaufsicht.

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

Datum 1.Elternteil/Sorgeberechtigter 2.Elternteil/Sorgeberechtigter

(Unterschrift) (Unterschrift)

**Name der Schule Stand: 01.04.2022**

**B Liste der neuen schwerstbehinderten Schüler gem. § 15 AO-SF für das Schuljahr**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lfd Nr. | Name | Vorname | Geburtsdatum | Sbj. | Klasse | Anzahl d. Anträge | Datum d. akt. Anerkennung |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |  |