Schulstempel

An das

# Schulamt für den Kreis Kleve

Nassauerallee 15-23

47533 Kleve

**Schulnummer**:

**Antrag auf Eröffnung des Verfahrens zur Feststellung des**

**Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung - Schulneulinge**

[ ]  gemäß § 11 Abs. 1 AO-SF durch die Eltern/Sorgeberechtigten

[ ]  gemäß § 12 Abs. 1 AO-SF in **Ausnahmefällen** durch die Schule

Die Eröffnung des Verfahrens zur Feststellung des Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung für das unten genannte Kind wird nach dem am  erfolgten Informationsgespräch mit den Eltern/Sorgeberechtigten auf Grund der nachfolgenden Begründung beantragt.

**1. Personaldaten**

## Kind

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |      ,       |
| Geschlecht | [ ]  weiblich | [ ]  männlich | [ ]  divers |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |       |
| Telefon / Mobil (nach Zustimmung der Sorgeberechtigten) |       |
| Geburtsdatum |       |
| Geburtsort |       |
| Bekenntnis |       |
| Staatsangehörigkeit |       |
| Muttersprache | [ ]  deutsch | [ ]        | [ ]  Erstförder. seit       |

**Eltern / Sorgeberechtigte**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname der Eltern bzw. Sorgeberechtigten |       |       |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort)Bitte beachten: Bei getrennt-lebenden Sorgeberechtigten unbedingt beide Anschriften angeben. |       |       |
| Telefon / Mobil |       |       |

[ ]  Wir, die Sorgeberechtigten, sind mit dem Antrag zur Eröffnung des Verfahrens einverstanden.

[ ]  Wir, die Sorgeberechtigten, sind mit dem Antrag zur Eröffnung des Verfahrens nicht einverstanden.

Falls im Rahmen des pädagogischen Gutachtens ein sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf gemäß § 11- 18 AO-SF festgestellt wird, wünschen wir, die Eltern / Sorgeberechtigten,

[ ]  die Beschulung an einer Förderschule.

[ ]  die Beschulung an einer Grundschule des Gemeinsamen Lernens.

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

Datum 1.Elternteil/Sorgeberechtigter 2.Elternteil/Sorgeberechtigter

**2. Besuch Kindertagesstätte/ Kindergarten**

Das Kind besucht die Kindertagesstätte/den Kindergarten: seit:

|  |
| --- |
|  |

Beginn der Schulpflicht am 01.08. [ ]  gemäß § 35 Abs. 1 SchulG

 [ ]  gemäß § 35 Abs. 2 SchulG

Erste Zurückstellung gemäß § 35 Abs. 3 SchulG im Schuljahr

**3.** **Pädagogisches Gutachten**

**3.1 Neues Verfahren zur Feststellung des Bedarfs an sonderpäd. Unterstützung**

3.1.1 Vermuteter Förderschwerpunkt

(Mehrfachnennungen möglich, bitte dann vermuteten vorrangigen Förderschwerpunkt händisch unterstreichen)

[ ]  Lernen [ ]  Sprache

[ ]  Emotionale und soziale Entwicklung [ ]  Geistige Entwicklung

[ ]  Körperliche und motorische Entwicklung

[ ]  Sehen [ ]  Hören und Kommunikation

 [ ]  sehbehindert [ ]  schwerhörig

 [ ]  blind [ ]  gehörlos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1.2 Autismus-Spektrum-Störung (ASS) | [ ]  diagnostiziert | [ ]  vermutet |

**4. Gliederung zur ausführlichen Begründung des Antrags[[1]](#footnote-1)**

* 1. *Kompetenzen des Kindes*

*4.1.1*. *hinsichtlich der relevanten Entwicklungsbereiche*

*(u.a. Beobachtungen Einschulungsparcours; z.B. Grob- und Feinmotorik, auditives und visuelles Gedächtnis, phonologisches Bewusstsein, Sprachverständnis, Lautbildung, Mengenerfassung, optische Differenzierungsfähigkeit, …)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *hinsichtlich des Lern- und sozial-emotionalen Verhaltens*

*(z.B. Anstrengungsbereitschaft, Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Selbstständigkeit, Verhalten in der Gruppe, Frustrationstoleranz, …)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *hinsichtlich der pädagogischen Bedürfnisse*

*(z.B. lebenspraktische Förderung, individualisierte Lernangebote, integrierte Sprach-, Bewegungs-, Wahrnehmungsförderung, individuell angepasste Hilfsmittel, strukturierte Lernumgebung, Visualisierungshilfen, enge Anbindung an Erzieherin, kleine Lerngruppe, handlungsorientierte Lernangebote, Zeitzugaben, …)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. *Bisherige Fördermaßnahmen*
		1. *Aufführung und Beschreibung von Fördermaßnahmen während des Kita-Besuches*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *Aufführung und Beschreibung von Fördermaßnahmen außerhalb der Kita und der entsprechenden Institutionen*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

*4.3.* *Mögliche Anhaltspunkte für einen Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung*

* + 1. *Eigene Feststellungen*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *Ergebnis der Elternbefragung zur bisherigen Entwicklung des Kindes*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *Inhalte sonstiger (Fach-)Gutachten (bei Zustimmung der Eltern)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *Ergebnis ärztlicher Untersuchungen (bei Zustimmung der Eltern)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* + 1. *Zusammenfassende Folgerung*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. *Stellungnahme der Schule, in wie weit diese den besonderen Bedürfnissen zu entsprechen vermag*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. *Darstellung geplanter Fördermaßnahmen (bei Zustimmung / Einwilligung der Erziehungsberechtigten)*

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

* 1. *Ergebnis des Beratungsgesprächs mit den Sorgeberechtigen am*

Die Sorgeberechtigten erhielten umfassende Informationen

[ ]  über den aktuellen Entwicklungsstand des Kindes.

[ ]  über den weiteren Ablauf des Verfahrens.

[ ]  über die Möglichkeiten der sonderpädagogischen Förderung und mögliche Förderorte im Falle der Feststellung eines Bedarfes an sonderpädagogischer Unterstützung.

Für den Fall, dass Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung festgestellt wird, wünschen sich die Sorgeberechtigten zum aktuellen Zeitpunkt die Beschulung ihres Kindes an .

1. **Anlagen**

[ ]  Unterlagen des Schuleingangsparcours, medizinische Unterlagen, evtl. Therapieberichte

[ ]  Entwicklungsberichte der Kindertagesstätte / des Kindergartens

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

Datum und Unterschrift der berichterstattenden Lehrkraft

|  |
| --- |
| Für die Erstellung des sonderpädagogischen Gutachtens gemäß § 13 Abs. 1 AO-SF wird als Gutachterin bzw. Gutachter der allgemeinen Schule / der Förderschule\*(bitte Nichtzutreffendes händisch durchstreichen)Frau/Herr  (allgemeine Lehrkraft / Lehrkraft für SonderpädagogikE-Mail-Adresse: vorgeschlagen. Das pädagogische Gutachten wird gemeinsam mit einer Lehrkraft für Sonderpädagogik / einer Lehrkraft der allgemeinen Schule erstellt.\*Bitte beachten: Nur beim Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung oder Körperlich-motorische Entwicklung ist die direkte Anmeldung an der Förderschule möglich.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum und Unterschrift der beauftragten LehrkraftFormal und fachlich geprüft:[ ]  Beide Unterschriften der Erziehungsberechtigten liegen vor.[ ]  Bei nur einer Unterschrift liegt Nachweis alleiniges Sorgerecht oder Vollmacht bei.[ ]  Bei Vormundschaft: Kopie der Bestallungsurkunde beifügen / Nachweis über schulische Sorge beifügen.Auf dem Deckblatt:[ ]  Einverständnis der Sorgeberechtigten ist dokumentiert.[ ]  Wunsch des Förderortes ist dokumentiert.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum und Unterschrift der Schulleitung |

1. **Letzter Abgabetermin**

|  |  |
| --- | --- |
| **für Schulneulinge** | **siehe aktuelle Zeitschiene** |

**Es handelt sich bei den in der Zeitschiene angegebenen Terminen um Ausschlussfristen, unabhängig vom Ergebnis der schulärztlichen Untersuchung durch das Gesundheitsamt.**

|  |
| --- |
| Name der Eltern/Sorgeberechtigten      |
| Straße      |
| PLZ, Ort      |
| tel. erreichbar unter:      |

**Schweigepflichtentbindung**

Mit dem Schulamt für den Kreis Kleve **und** den beteiligten Pädagoginnen und Pädagogen habe ich/haben wir für mein/unser Kind

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |       |       |
| Name | Vorname | geb. am |

schulrechtliche Angelegenheiten (z. B. Feststellung des Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung, Einschulung) zu klären.

Im Interesse unseres Kindes entbinde/n ich/wir deshalb folgende Person/en bzw. Institution/en

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Kindergarten:  |       |
| [ ]  | LVR-Klinik :  |       |
| [ ]  | Ärzte:  |       |
| [ ]  | Therapeuten:  |       |
| [ ]  |  |       |
| [ ]  |  |       |

von der Schweigepflicht gegenüber dem Schulamt für den Kreis Kleve **und** den beteiligten Pädagoginnen und Pädagogen, um Informationen und Berichte austauschen zu können. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

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

Datum 1.Elternteil/Sorgeberechtigter 2.Elternteil/Sorgeberechtigter

 (Unterschrift) (Unterschrift)

1. siehe Erläuterungen: Bitte unbedingt beachten!!! [↑](#footnote-ref-1)